



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

DIEGO ALEXANDRE ROZENDO DA SILVA

**TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE: DA *DISEASE* VISTA
PELOS PSQUIATRAS À SUA COMPREENSÃO SOBRE A *ILLNESS* DE SEUS
PACIENTES.**

***BORDERLINE PERSONALITY DISORDER: FROM THE DISEASE SEEN BY
PSYCHIATRISTS TO THEIR UNDERSTANDING OF THE ILLNESS OF THEIR
PATIENTS.***

CAMPINAS
2018

DIEGO ALEXANDRE ROZENDO DA SILVA

TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE: DA *DISEASE* VISTA PELOS
PSIQUIATRAS À SUA COMPREENSÃO SOBRE A *ILLNESS* DE SEUS
PACIENTES.

*BORDERLINE PERSONALITY DISORDER: FROM THE DISEASE SEEN BY
PSYCHIATRISTS TO THEIR UNDERSTANDING OF THE ILLNESS OF THEIR
PATIENTS.*

Tese apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos
exigidos para a obtenção do título de Doutor em Ciências
Médicas, Área de Concentração Saúde Mental.

Thesis presented to the Faculty of Medical Sciences of the State
University of Campinas as part of the requisites required to obtain
the title of Doctor of Medical Sciences, Area of Concentration
Mental Health

ORIENTADOR: EGBERTO RIBEIRO TURADO

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL
DA TESE DEFENDIDA PELO ALUNO DIEGO
ALEXANDRE ROZENDO DA SILVA E ORIENTADO PELO
PROF. DR. EGBERTO RIBEIRO TURATO.

CAMPINAS
2018

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): Não se aplica.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5000-8156>

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

Si38t Silva, Diego Alexandre Rozendo da, 1988-
Transtorno de personalidade borderline : da disease vista pelos psiquiatras à sua compreensão sobre a illness de seus pacientes / Diego Alexandre Rozendo da Silva. – Campinas, SP : [s.n.], 2018.

Orientador: Egberto Ribeiro Turato.
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Transtorno de personalidade Borderline. 2. Relações médico-paciente. 3. Pesquisa qualitativa. I. Turato, Egberto Ribeiro, 1954-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Borderline personality disorder : from the disease seen by psychiatrists to their understanding of the illness of their patients

Palavras-chave em inglês:

Borderline personality disorder

Physician-patient relations

Qualitative research

Área de concentração: Saúde Mental

Titulação: Doutor em Ciências Médicas

Banca examinadora:

Egberto Ribeiro Turato

Maria Cecília de Souza Minayo

Sergio Luis Blay

Cássia Baldini Soares

Maria Helena Baena de Moraes Lopes

Data de defesa: 29-11-2018

Programa de Pós-Graduação: Ciências Médicas

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO

DIEGO ALEXANDRE ROZENDO DA SILVA

ORIENTADOR: EGBERTO RIBEIRO TURATO

MEMBROS:

- 1. PROF. DR. EGBERTO RIBEIRO TURATO**
 - 2. PROF. DR. MARIA CECÍLIA DE SOUZA MINAYO**
 - 3. PROF. DR. SERGIO LUIS BLAY**
 - 4. PROF. DR. CASSIA BALDINI SOARES**
 - 5. PROF. DR. MARIA HELENA BAENA DE MORAES LOPES**
-

Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca examinadora encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

Data: 29/11/2018

DEDICATÓRIA

Aos amores da minha vida: Joseane, Davi e Luiza.

AGRADECIMENTOS

A **Deus** maior fonte de amor, que da significado e sustentação à minha existência.

A minha **amada esposa Joseane**, por seu amor, compreensão e constante apoio neste período de estudos, mas que se estendem à nossa vida amorosa.

Aos meus **filhos Davi e Luiza**, com vocês aprendo a valorizar os abraços, os olhares, e sorrisos permeados de amor. Vocês são a força motriz de minha vida.

Aos meus **pais Benedito e Maristela**, cujo afeto e amor constituíram minha existência.

A minha querida **irmã Dyenne**, seu apoio e dedicação nestes anos junto a nossa família jamais serão esquecidas. Sua presença deixa nossa vida mais leve.

Ao **professor Egberto**, por seu entusiasmo e exemplo de dedicação acadêmica. Sua presença tornou este percurso de pesquisa mais motivador.

Aos amigos, **Lucio, Marquizele, Mauren, Bruno, Iuri, Angela**, que compreenderam minhas ausências e mobilizaram cuidados à nossa família.

Ao **LPCQ**, pelas contribuições que auxiliaram no refinamento desta tese, mas principalmente por poder compartilhar esta experiência.

Aos **residentes e supervisores de psiquiatria**, por tornarem possível tal experiência

Ao **professor Luiz Cietto**, por olhar para um jovem e acreditar que o mesmo poderia alçar voos mais altos.

Ao professor **Gilberto Damasceno e Marta Balbé**, por serem incentivadores de meu aprimoramento humano e profissional, seus cuidados para com a educação são um exemplo a ser seguido.

Aos **alunos do curso de Enfermagem** da Faculdade Adventista Paranaense, por me motivarem a ser um professor cada dia melhor.

Ao **Instituto Adventista Paranaense**, pelo auxílio-pesquisa, que tornou este projeto de pesquisa exequível.

RESUMO

Introdução: o transtorno de personalidade borderline historicamente tem sido difícil de diagnosticar e carregado de estigma, levando a uma variedade de respostas clínicas entre pacientes e seus médicos. Apresentando-se como uma condição mental grave caracterizada por um padrão de instabilidade contínua no humor, no comportamento, autoimagem e grave comprometimento funcional. **Objetivo:** Explorar o significado das relações clínicas de residentes de psiquiatria e seus supervisores durante o processo de atendimento clínico ambulatorial à sujeitos diagnosticados com transtorno de personalidade borderline **Metodologia:** o método clínico-qualitativo, foi o caminho escolhido para significar esta experiência. A amostra foi fechada pelo critério de saturação. Foram realizadas 20 entrevistas, sendo que destas, 15 foram de residentes de psiquiatria e 5 de supervisores. Ao utilizarmos referenciais da psicologia médica buscaremos ancoragens para discussão teórico-conceitual aplicáveis à clínica psiquiátrica, tal como proposto em nosso setting de investigação. **Resultados:** A objetividade deste estudo é alcançada na medida em que os sentidos emergentes deste fenômeno que é a relação médico-paciente apresentam variações dos padrões adaptativos e suas muitas peculiaridades associadas ao vazio projetado pelos pacientes borderline sobre os residentes e a angustia e impotência clínica percebida por estes. Pôde-se constatar que programas ambulatoriais associados entre manejo psiquiátrico especializado e intervenções associadas a mentalização ou de ordem comportamental dialética oferecem uma alternativa clinicamente sólida e econômica para serviços ambulatoriais tradicionais. A aceitação das limitações profissionais, deixa aberto o espaço para a compreensão de que independentemente da dinâmica transferencial negativa os sujeitos com transtorno borderline são beneficiados no manejo psicoterápico e psiquiátrico ambulatorial.

Palavras-Chave: Transtorno de Personalidade Borderline; Manejo; Relação Médico-Paciente; Pesquisa Qualitativa

ABSTRACT

Introduction: Borderline personality disorder has historically been difficult to diagnose and burdened with stigma, leading to a variety of clinical responses between patients and their physicians. Presenting as a serious mental condition characterized by a pattern of continuous instability in mood, behavior, self-image and severe functional impairment. Objective: To explore the meaning of the clinical relationships of residents of psychiatry and their supervisors during the process of outpatient clinical care for subjects diagnosed with borderline personality disorder. Methodology: the clinical-qualitative method was the chosen path to signify this experience. The sample was closed by the saturation criterion. Twenty interviews were conducted, of which 15 were from residents of psychiatry and 5 from supervisors. When we use references from medical psychology we will seek anchorages for theoretical-conceptual discussion applicable to the psychiatric clinic, as proposed in our research setting. Results: The objectivity of this study is reached insofar as the emerging senses of this phenomenon, which is the physician-patient relationship, present variations of the adaptive patterns and their many peculiarities associated with the emptiness projected by the borderline patients on the residents and the perceived clinical distress and impotence by these. It can be seen that outpatient programs associated with specialized psychiatric management and interventions associated with mentalization or dialectical behavioral order offer a clinically sound and economical alternative to traditional outpatient services. The acceptance of professional limitations leaves room for the understanding that, regardless of the negative transferential dynamics, subjects with borderline disorder benefit from psychotherapeutic and psychiatric outpatient management.

Keywords: Borderline Personality Disorder; Management; Physician-Patient Relationship; Qualitative research

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BPD – Borderline Personality Disorder

TPB – Transtorno de Personalidade Borderline

CID – Classificação Internacional de Doenças

DSM - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

TFP – Transference-Focused Psychotherapy

MBT - Mentalisation-Based Treatment

DPMP – Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria

LPCQ – Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa

CONSORT - Consolidated Standards of Reporting Trials

STROBE - Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology

CARE - Consensus-based Clinical Case Reporting Guideline Development

COREQ - Consolidated criteria for Reporting Qualitative research

PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
1. INTRODUÇÃO	15
1.1 Conceitos de doença: a experiência do clínico, seu paciente e a sociedade..	15
1.2 Breve história da <i>Disease</i> : Transtorno de Personalidade Borderline	19
1.2.1 Epidemiologia do TPB.....	21
1.2.3 O TPB e as comorbidades psicopatológicas	22
1.2.4 Desafios e Possibilidades no Diagnóstico e Tratamento Psiquiátrico	23
1.2.5 Desafios e Possibilidades do Tratamento Psicoterapêutico	24
1.2.6 Estigmas da condição Borderline.....	25
1.3 Psicologia Médica: apenas um componente curricular ou uma <i>práxis</i> humanista no processo clínico?	27
1.3.1 Função apostólica do médico	28
1.3.2 Conluio do anonimato	29
1.3.3 Atitude Psicoterapêutica	30
2. OBJETIVOS	32
2.1 Objetivo geral.....	32
2.2 Objetivos específicos	32
3. PERCURSO METODOLÓGICO	33
3.1 A pesquisa clínico-qualitativa	33
3.2 Aplicação do método clínico-qualitativo.....	35
3.2.1 Chegada ao campo: ambientação e aculturação.....	35
3.2.2 Construção da amostragem e inclusão dos sujeitos.....	36
3.2.3 Coleta de dados	37
3.2.4 Técnica de tratamento de dados.....	38
3.2.5 Validação	40
3.2.6 Cuidados éticos.....	41
4. RESULTADOS	42
4.1 Artigo 1- Borderline Personality Disorder: “Sometimes sickness and illness exist where no disease can be found.” (Brief report - submitted)	42
4.2 Artigo 2- Manejo ambulatorial de pacientes com transtorno de personalidade borderline: uma revisão sistemática	51
4.3 Artigo 3- Relatos de residentes de psiquiatria sobre o manejo de pacientes com transtorno de personalidade borderline: um estudo clínico -qualitativo.....	66
4.4 Artigo 4 - Supervisões de casos de pacientes com transtorno de personalidade borderline: experiências entre supervisores de psiquiatria.....	84
5. DISCUSSÃO GERAL	99
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	104

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	106
8. ANEXOS	114
Anexo I – Aprovação CEP	114
Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	118
Anexo 3 – Ficha de Caracterização e Roteiro de Entrevista	122
Anexo 4 - Comprovantes de Aprovação/Apresentações em Congressos Internacionais.....	123
Anexo 5 - Comprovantes de Submissão de Artigo – Paper I.....	126

APRESENTAÇÃO

A construção desta tese passa invariavelmente pela experiência clínica do pesquisador na qualidade de enfermeiro de saúde mental. Ao considerar tal posição coloco-me neste espaço de saberes que não é apenas psicopatológico, e como tal, a saúde mental está além da psiquiatria, da neurologia, da enfermagem, da psicologia, da psicanálise, mas também é sociologia, antropologia, história, também são manifestações religiosas, ideológicas, éticas e morais, tal como apresenta Amarante⁽¹⁾, trata-se de “*um campo de amplo espectro dos conhecimentos envolvidos de forma rica e polissêmica*”⁽¹⁾.

O que proponho neste manuscrito é lançar um olhar de compreensão sobre os sentidos experienciados por residentes de psiquiatria e seus supervisores, frente à assistência prestada a pacientes diagnosticados com Transtorno de Personalidade Borderline (TPB).

Para que possamos construir nossa objetividade sobre as possibilidades de assistência a pacientes com TPB, revisitaremos os autores que no decorrer das décadas vem perfazendo as conceituações de saúde/doença nas ciências da saúde, tais como apresentados por Michael Balint, Henry E. Sigerist, Marshall Marinker, Perestrelo, Arthur Kleinman, entre outros.

Tal trilhar investigativo será sustentado por uma atitude metodológica clínico-qualitativo, referencial que servirá como caminho para compreensão dos fenômenos e sentidos emergentes destas relações polissêmicas em saúde mental.

Inicialmente problematizaremos as múltiplas manifestações e conceituações de doença (*illness, sickness e disease*), que se constituem como referenciais para interpretação dos sentidos atribuídos no processo clínico entre o médico e seu paciente. Tais referenciais possuem uma ancoragem interpretativa na antropologia, psicologia e sociologia médica.

Posteriormente, transcorremos sobre a história da *disease* denominada transtorno de personalidade borderline (TPB), ao lançarmos tal olhar de compreensão biomédica, não delimitamos apenas um dos nossos objetos de estudo, mas essencialmente os discursos (psicopatológicos, epidemiológicos,

psicoterapêuticos e etc.) produzidos pelas ciências médicas, que acabam por (re)significar tal experiência.

Nos direcionamos também à uma compreensão a cerca da psicologia médica, enquanto referencial formativo da prática médica, especialmente fundamentada nos preceitos básicos apresentados por Michael Balint. Em sua obra “O médico, seu paciente e a doença”, retomando as conceituações da “função apostólica do médico”, o “conluio do anonimato” e a “atitude psicoterapêutica do médico”.

Tais proposições introdutórias serão estruturantes dos resultados e discussões subsequentes, a cerca da relação estabelecida entre o residente, seu supervisor e o paciente, em um enquadre da clínica psiquiátrica ambulatorial.

Nesta medida, o artigo 1, irá tratar das dinâmicas existentes em tal ambiente ambulatorial, mediante uma observação participante delimitamos os espaços e seus atores, bem como as primeiras impressões que permeiam a relação médico-paciente no manejo de casos de pacientes com TPB.

Durante aculturação e ambientação no *setting* de pesquisa, tal como descrito no artigo 1, optamos por aprimorar nossa compreensão acerca do objeto de análise, através de uma revisão sistemática (artigo 2), na busca das principais possibilidades de intervenção não-farmacológica descritas especificamente em nível ambulatorial.

Já no artigo 3, tratamos de compreender o significado das relações clínicas entre residentes de psiquiatria e sujeitos diagnosticados com transtorno de personalidade borderline, durante o processo de atendimento clínico ambulatorial.

Tal experiência na residência médica também é invariavelmente permeada por um processo formativo em psiquiatria. Neste sentido, o artigo 4 apresenta-se com o objetivo de descrever as vivências experienciadas entre supervisores de psiquiatria frente a supervisão de casos de TPB em atendimento ambulatorial.

Desta forma, o ensaio que se segue apontará as trilhas por onde andamos, assim como a certeza de um texto que apresenta apenas uma visão, uma perspectiva, sempre aberta a novas problematizações.

1. INTRODUÇÃO

“Existem momentos na vida onde a questão de saber se se pode pensar diferentemente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar ou refletir”

Foucault (1984)

1.1 Conceitos de doença: a experiência do clínico, seu paciente e a sociedade

Enquanto profissionais de saúde precisamos nos autorizar a pensar, em ser e fazer diferente, como diz Foucault ⁽²⁾: *“pensar, e perceber diferentemente do que se vê é indispensável para continuar a olhar ou refletir”*.

Tal olhar sobre o fenômeno da experiência descrita como Transtorno de Personalidade Borderline (TPB), foi sendo construído neste percurso de estudos na medida em que os próprios conceitos da realidade subjetiva do acontecimento patológico se constituem como distintos entre os “atores” desta pesquisa ⁽³⁾.

Os primeiros “atores” neste estudo são os próprios clínicos (médicos, supervisores e residentes de psiquiatria). A primeira forma de compreender/perceber a doença parte do princípio biomédico ou psicopatológico de verificação, pois consideramos a materialidade biológica e comportamental como estruturante para examinar, diagnosticar e tratar. No momento em que entramos em contato com um paciente, assumimos uma prática performada por um saber acadêmico e universalmente institucionalizado, sustentado por manuais e estudos orientadores de tal prática, como é o caso do CID-10 e DSM-V, em suas mais diversas versões ao longo da história.

Tais práticas nos ajudam a delimitar um tipo muito específico de doença, aquela formalmente delimitada pelas ciências naturais, que na impossibilidade semântica da língua portuguesa não conseguimos expressar, mas que em língua inglesa pode ser definido como “*disease*”. Nas palavras de Marinker⁽³⁾: *“Um processo patológico, frequentemente físico como: infecção na garganta, ou câncer de brônquios, cuja qualidade que identifica a doença é algum desvio de uma norma biológica”*⁽³⁾.

Já Charles Rosenberg ⁽⁴⁾, definirá *disease* como:

“Um evento biológico, um repertório específico de construções verbais, refletindo a história intelectual e institucional da medicina, e tem potencial legitimação para as políticas públicas, e com uma potência definidora dos papéis sociais, sancionando os conceitos de normalidade, aceitáveis culturalmente. Trata-se de um elemento estruturante nas interações médico-paciente.” (p. 1, 1989)

Tal saber estruturante passa a orientar as atitudes do clínico, a partir da lente biomédica da *disease*, sob as quais as práticas discursivas (queixas/diagnóstico) serão estruturadas ⁽⁵⁾.

Portanto, aqui temos descrito este primeiro tipo de doença, cuja essência é fonte da maioria dos estudos da literatura biomédica. Estes vão desde a anatomia, epidemiologia, fisiopatologia, microbiologia, genética, entre outras, que modularam e modulam a rede de construção de saberes universalmente disseminados, tendo um lugar privilegiado no currículo e na formação de profissionais de saúde.

No entanto, existe nesta relação um outro “ator”: o “paciente”. Trata-se de um sujeito que não tem tais referenciais formativos e estruturantes para expressar seu sofrimento e sua dor. Por mais que faça uso de termos e conceitos biomédicos não se relacionará com eles a partir da mesma posição de poder/saber que o clínico exerce de modo díspare com seus pacientes. Neste sentido, a doença expressada pelo paciente poderá ser “emprestada” mais uma vez da língua inglesa. Para fins conceituais, definida por Marinker⁽³⁾, a *illness* pode ser compreendida como: *“um sentimento, uma experiência de adoecimento que é totalmente pessoal, interior. Trata-se de uma linguagem de doença que não apresenta objetos disponível para os olhos, ouvidos ou mãos do médico”* ⁽³⁾.

Para Fox⁽⁶⁾, na Enciclopédia Internacional de Ciências Sociais, *illness* é definida como:

“as particularidades e nuances do significado emocional de uma doença para um indivíduo e a natureza de sua resposta afetiva a seu estado e sintomas, que são profundamente influenciados por sua formação social e cultural, bem como por seus traços pessoais de personalidade.” (p. 92, 1968)

Miyashiro⁽⁷⁾ ao parafrasear Kleinman⁽⁵⁾, nos apresenta que é através do “modelo médico”, com uma visão paternalista, que a *illness* transforma-se em *disease*, a “pessoa doente” em “paciente” (que tem uma relação passiva com o médico); é dizer que o “sujeito” transforma-se em “objeto”, primeiro como uma

inquietude profissional e eventualmente como manipulação. Esta relação médico-paciente deve ser rejeitada, como está acontecendo através das demandas populares de uma atenção mais igualitária de relação, na qual o paciente seja visto como parte ativa na tomada de decisões.

Começamos a delimitar nesta medida um outro espaço de manifestação da doença: a *illness*. Na obra clássica de Michael Balint, “*The doctor, his patient and the illness*” ⁽⁸⁾, ele considera que a relação transpessoal se torna um ponto crucial nesta proposta de assistência, onde as manifestações do sujeito dito “paciente” são experiências totalmente individuais e extremamente complexas para serem perscrutadas somente pela lente biomédica da *disease*.

Essa visão advém de uma proposição de que a *illness* é sempre uma forma de comunicação, tal como apresentada por Balint⁽⁸⁾, que: “*toda illness é também o veículo de um pedido de amor e de atenção. Um dos mais comuns conflitos do homem é o determinado pela discrepância entre sua necessidade de afeto e a proporção e qualidade de afeto que o meio pode e quer oferecer*” (p. 240-241).

Tal definição em Balint nos ajuda a compreender a relação proposta por Perestrello⁽⁹⁾ entre o sujeito e sua relação com o mundo. O mesmo constitui-se como uma unidade “indecomponível”, onde o modo de ser e o modo de adoecer são construções da história de vida. Para Perestrello:

“A enfermidade como corolário do modo de ser da pessoa foi a expressão máxima de sua crise existencial, como episódio necessário, talvez dos novos rumos que iria tomar. A doença veio como o modo mais ruidoso de manifestar-se a pessoa e se elaborava muito antes. (p. 74, 1989)”

Utilizando tais ancoragens teóricas começamos a consolidar este trilhar sobre as conceituações de doenças (*disease* e *illness*) que passam a se ampliar na medida em que consideramos em Sigerist⁽¹⁰⁾, que a medicina e o estudo das doenças é para além das definições biológicas, simultaneamente histórica, social, política, econômica e cultural. Para ele as práticas em saúde são sociológicas e produto de tais papéis sociais.

Kleinman⁽⁵⁾, em seu livro “*The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition*”, nos apresenta que *sickness* é a desordem em seu sentido genérico, que se expressa através da população em relação às forças macrossociais (econômica, política e institucional).

Neste sentido, Marinker⁽³⁾ também nos ajuda a estabelecer mais um espaço de compreensão e análise de tais conceitos de doença, ao considerar a *sickness* enquanto um papel social, um status, uma posição negociada no mundo, uma relação entre pessoa daí em diante chamada de "doente", e uma sociedade que deverá estar preparada para reconhecê-lo e sustentá-lo⁽³⁾.

De modo complementar, Helman⁽¹¹⁾, delimitará a formação da *sickness*, e o comportamento do paciente dependerá das respostas a seis perguntas:

1. O que aconteceu?
2. Por que isso aconteceu?
3. Por que comigo?
4. Por que agora?
5. O que aconteceria se nada fosse feito sobre isso?
6. O que devo fazer sobre isso?

Como as perguntas são respondidas e o comportamento que segue, constituem um "modelo popular de doença – *sickness*" ⁽¹¹⁾.

Não existe um modelo popular, mas muitos. Neste sentido, cada paciente tem seu próprio modelo de *sickness* e o que fazer sobre isso, embora um modelo popular particular possa ser compartilhado por uma família, uma área ou um grande grupo de pessoas ⁽¹¹⁾.

Podemos encontrar semelhanças conceituais na atitude fenomenológica e hermenêutica, tal como apresentada por Alves⁽¹²⁾ que definirá *sickness* como o "mundo da doença", isso é, a um horizonte de significados, condutas e instituições associadas à enfermidade ou ao sofrimento.

Em síntese podemos considerar as três instâncias de doença descritas por Hofmann⁽¹³⁾, mas que vem sendo construídas desde a década de 50, pela antropologia e sociologia médica como:

- *Disease*: "doença na dimensão biológica. É o processo patológico, ou seja, os desvios da norma biomédica (pactuadas socialmente). Na objetividade da doença, pesquisadores observam as manifestações medindo-as, correlacionando-as e levando-as a um diagnóstico médico. Essa racionalidade também pode ser estendida a diagnósticos de outras especialidades em saúde;"

- *Illness*: “doença na dimensão psicológica. É o sentimento pessoal, íntimo, e a experiência singular de uma “saúde ruim”, como percebida e relatada pelo indivíduo. Na subjetividade, os pesquisadores buscam significados psicológicos e representações atribuídas à experiência do “mal-estar” ou do “bem-estar”;
- *Sickness*: “doença numa dimensão sociológica. É a experiência da “não-saúde” organizada no contexto sociocultural, mediante os costumes, hábitos, interrelações sociais e na intersubjetividade, onde os pesquisadores buscam significados sociológicos atribuídos a essa condição.” (p.656)

Nesta medida, podemos compreender que as regras que determinam a interdependência dessas três perspectivas (*disease*, *illness* e *sickness*) nos ajudam a explicar e abordar vários dos desafios epistêmicos da filosofia da medicina e do processo clínico. Os papéis de sujeito doente ou saudável, cuidador e profissional de saúde são legitimados no contexto socioeconômico e cultural ⁽¹³⁾.

A partir desses papéis, comportamentos se organizam em todas as esferas relacionadas ao processo saúde-doença-cuidado e nos ajudam a olhar e perceber os fenômenos existentes nas relações intersubjetivas presentes nas práticas clínicas.

Embora tais referenciais possam ser utilizados sob qualquer perspectiva diagnóstica, delimitaremos tais práticas discursivas sob a experiência descrita como Transtorno de Personalidade Borderline.

1.2 Breve história da *Disease*: Transtorno de Personalidade Borderline

Compreender os desdobramentos históricos do TPB é uma condição importante, para que possamos analisar como os conhecimentos de tal *disease* tem influência sobre a compreensão atual deste fenômeno.

A noção de borderline constitui-se inicialmente como uma doença de delimitação diagnóstica vaga e imprecisa, compreendendo sintomas que se

estendem desde o espectro “neurótico”, passando pelos “distúrbios de personalidade”, até o espectro “psicótico” ⁽¹⁴⁾.

Nesta perspectiva, Zilborg em 1941, apresentou o termo “esquizofrenia ambulatorial”, para salientar a existência de formas frustras, quase não determinadas de esquizofrenia, que não eram identificadas nos hospitais psiquiátricos, mas que tendiam a frequentar hospitais gerais e ambulatórios ⁽¹⁴⁾.

Já o termo “Borderline” foi usado pela primeira vez por Adolf Stern (1879-1958) em 1938 para descrever o que se pensava ser uma forma leve de esquizofrenia que estava na “fronteira” da psicose e neurose ^(14 – 15).

Na década de 1960, Otto Kernberg desempenhou um papel importante em mudar a conceituação da TPB de um transtorno do espectro psicótico e em direção ao pensamento atual sobre a TPB como um transtorno de personalidade ⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

O transtorno também foi chamado de esquizofrenia ambulatorial, personalidade “como se” (expressão descrita por Helene Deutsch), esquizofrenia pseudoneurótica (cunhada por Paul Hoch e Phillip Politan) e transtorno de caráter psicótico (descrito por John Frosch) ⁽¹⁵⁾.

Estudos para a descrição da 9ª revisão da classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID – 9) de 1975, usava-se a denominação *Esquizofrenia latente ou borderline* ⁽¹⁶⁾.

Já na descrição de 1980 do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM – III), o termo cunhado foi Transtorno de Personalidade Borderline, e o mesmo vem sendo utilizado após as revisões nas versões IV e V do referido manual ^(17, 18 e 19).

Segundo o DSM – V o TPB pode ser definido como uma condição mental grave caracterizada por um padrão de instabilidade contínua no humor, no comportamento, autoimagem e grave comprometimento funcional. Os sintomas mais comuns englobam instabilidade emocional, sensação de inutilidade, insegurança, impulsividade e relações sociais prejudicadas. Essas experiências geralmente resultam em ações impulsivas e relacionamentos instáveis ⁽¹⁹⁾.

Alguns indivíduos com TPB também apresentam altas taxas de ocorrência em conjunto de outros transtornos mentais, como distúrbios do humor, transtornos de ansiedade e distúrbios alimentares, além de abuso de substâncias, automutilação e comportamentos suicidas ^(20,21).

Indivíduos com o transtorno de personalidade Borderline tentam de tudo para evitar abandono real ou imaginado. A percepção de uma separação ou rejeição iminente ou perda de estrutura podem levar a mudanças profundas na autoimagem, no afeto, na cognição e no comportamento ^(19,20).

O diagnóstico de transtorno de personalidade *borderline* pode ser estabelecido no início da idade adulta quando o mesmo apresentar cinco critérios dos nove mencionados no DSM-5⁽¹⁹⁾.

Esses critérios são:

- (1) esforços desesperados para evitar o abandono;
- (2) uma história de relacionamentos instáveis e intensos com os outros;
- (3) distúrbio de identidade;
- (4) impulsividade em pelo menos duas áreas funcionais, como gastos, sexo, uso de substâncias, alimentação ou direção;
- (5) ameaças ou comportamentos suicidas recorrentes, bem como automutilação;
- (6) instabilidade afetiva com acentuada reatividade do humor;
- (7) sentimentos crônicos de vazio;
- (8) raiva inadequada e intensa ou dificuldade em controlar a raiva;
- (9) ideação paranóide induzida por estresse transitório ou sintomas dissociativos severos. Isso permite variações significativas na apresentação dos sintomas de um paciente com TPB para outro.

1.2.1 Epidemiologia do TPB

A prevalência média do transtorno da personalidade Borderline na população geral é estimada em 1,6%, embora possa chegar a 5,9%, em alguns estudos. Essa prevalência é de aproximadamente 6% em contextos de atenção primária, e de cerca de 10% entre pacientes ambulatoriais de saúde mental e por volta de 20% entre pacientes psiquiátricos internados ^(19,20,21).

Pesquisas neurobiológicas sugerem que anormalidades no sistema frontolímbico estão associadas a muitos dos sintomas ⁽²¹⁾. Com relação à genética, a herdabilidade para o TPB é estimada em 40%. Nenhum gene

específico foi identificado como causador do transtorno. Existem evidências de interações e correlações gene-ambiente no desenvolvimento do TPB, indicando que o transtorno é cinco vezes mais comum em parentes biológicos de primeiro grau com o transtorno em relação a população geral. Ou seja, indivíduos com genótipo “suscetível” apresentam maior risco de desenvolver o transtorno na presença de ambiente predisponente ⁽²²⁾.

Com relação ao gênero, os primeiros relatos indicaram uma taxa significativamente mais alta de TPB entre as mulheres em comparação aos homens. Evidências mais recentes, no entanto, mostraram taxas de prevalência comparáveis entre os sexos nos Estados Unidos; alguns autores atribuíram discrepâncias anteriores de gênero na TPB a vieses de amostragem, uma vez que as taxas de prevalência precoces tenderam a ser extraídas de amostras clínicas em vez da população geral. Além disso, homens e mulheres tendem a desenvolver diferente sintomatologia ⁽²³⁻²⁴⁾.

A pesquisa que avalia as taxas de prevalência entre diferentes populações raciais e étnicas é ambígua. Alguns estudos não mostram diferenças entre grupos raciais e étnicos; outros, no entanto, encontraram diferenças entre os grupos, embora essas diferenças variem de acordo com o estudo. Assim, não há conclusões firmes sobre as taxas diferenciais de TPB baseadas na raça ⁽²⁴⁾.

1.2.3 O TPB e as comorbidades psicopatológicas

Transtorno de personalidade limítrofe é altamente comórbido com outros tipos de psicopatologia, sendo associados principalmente a quadros de depressão maior, transtorno bipolar, transtorno de pânico com agorafobia, transtorno de ansiedade generalizada (TAG), fobia social, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e dependência de substâncias ^(24,25).

As taxas de prevalência ao longo da vida de transtornos de humor e ansiedade em indivíduos com TPB são de cerca de 75% a 90%. Um número substancial de adultos com TPB também relata histórias de abuso, incluindo traumas sexuais, físicos e emocionais; correspondentemente, aproximadamente 56% dos indivíduos com TPB satisfazem os critérios para TEPT. Em média, indivíduos com TPB satisfazem critérios de 3 a 4 transtornos mentais adicionais ^(25,26).

Transtorno de personalidade limítrofe é frequentemente comorbidade com outros transtornos de personalidade, incluindo transtornos de personalidade narcisista, histriônica e dependente. Embora a comorbidade seja comum em homens e mulheres, as diferenças entre os sexos foram observadas. Especificamente, transtornos por uso de substâncias e transtornos de personalidade narcísicos e anti-sociais, que são mais comuns em homens com TPB ⁽²⁵⁾.

Por outro lado, casos de distímia, transtorno do pânico com agorafobia, fobias sociais e específicas, TAG, transtorno do estresse pós-traumático e transtornos alimentares são mais comuns entre as mulheres⁽²⁷⁾. No entanto, deve-se propor tais comorbidades cautela, pois os achados podem refletir os principais efeitos relacionados as respectivas psicopatologias isoladamente que apresentam predominância em tal gênero ao invés de uma interação de tal variável especificamente a casos de TPB

1.2.4 Desafios e Possibilidades no Diagnóstico e Tratamento Psiquiátrico

As experiências de cuidado à pacientes com TPB em serviços de emergência são as primeiras e mais impactantes no processo de formação de um residente em psiquiatria, neste sentido a prioridade do psiquiatra no departamento de emergência que encontra um paciente com TPB é abordar quaisquer sintomas agudos de angústia e acalmar o paciente. No entanto, o procedimento para essa intervenção de crise é subjetivo ⁽²⁸⁾.

Em pacientes gravemente agitados, acalmá-los deve ser o foco principal. O manejo da agitação pode ser alcançado por diferentes métodos, como administração de medicação sedativa não específica (benzodiazepínicos e / ou antipsicóticos), manejo comportamental e técnicas psicológicas ⁽²³⁾.

Convencionalmente, os benzodiazepínicos e os antipsicóticos são administrados para controlar os pacientes com TPB agitados. No entanto, o uso de benzodiazepínicos pode levar a vários efeitos colaterais, juntamente com forte sedação, hipotensão, incluindo depressão respiratória, enquanto os antipsicóticos típicos causam disforia, distonia aguda e acatisia ⁽²³⁾.

A administração de estabilizadores de humor para controlar a agitação em pacientes com TPB não foi recomendada por alguns estudos ^(29,30). Segundo

tais estudos o uso de topiramato aumentou a incidência de ataques de pânico, agravando o quadro ⁽²⁹⁾. Os autores recomendam o uso de antipsicóticos atípicos para o manejo da agitação em pacientes com TPB ⁽³⁰⁾.

Além da agitação, o paciente com TPB pode apresentar uma ampla gama de sintomas que indicam desregulação afetiva. Tais sintomas podem incluir raiva intensa, responsabilidade do humor, humor intenso e depressivo ^(28,29). Recomenda-se a administração de altas doses de antidepressivo, como a fluoxetina, um inibidor seletivo da recaptação da serotonina ⁽³¹⁾.

Além disso, os pacientes com TPB também podem apresentar o nível elevado de ansiedade, a administração de clonazepam mostrou-se eficaz na redução da ansiedade ^(31,32), estudos apontam que o manejo farmacológico aliado a psicoterapia é a opção de tratamento preferida ^(33,34).

1.2.5 Desafios e Possibilidades do Tratamento Psicoterapêutico

Formas específicas de psicoterapia parecem ser benéficas para pelo menos alguns dos problemas frequentemente relatados por pacientes com TPB ⁽³⁵⁻³⁸⁾.

O Tratamento Baseado em Mentalização (*Mentalisation-Based Treatment – MBT*) foi a modalidade terapêutica com maior evidência de eficácia, consistindo em um tratamento focado em ampliar a capacidade de reflexão do paciente, favorecendo os processos de reconhecer e compreender os sentimentos suscitados nos outros ^(35, 36).

A Psicoterapia com Foco na Transferência (*Transference-Focused Psychotherapy - TFP*), que se propõe a promover o uso de mecanismos de defesa e relações objetais mais maduras, apresentou benefícios em alguns aspectos do TPB com base de evidência ainda limitada ^(36,37).

Resultados de duas metanálises indicaram benefícios na utilização de abordagens psicanalíticas em diferentes fases do tratamento ^(35,38).

Mesmo Freud não se ocupando especificamente da personalidade *borderline*, outros autores pós-freudianos o fizeram, tomando como base suas contribuições teóricas. Segundo Balint ⁽³⁹⁾, “Freud trata a regressão como um evento intrapsíquico, um fenômeno pertencente ao campo da psicologia unipessoal” (p.130).

Já na condição borderline os aspectos intrapsíquicos não se estruturam como de primeira instância, o sujeito nesta condição necessita de uma clínica voltada para a transferência e contratransferência ⁽⁴⁰⁾.

Em Otto Kernberg ⁽⁴¹⁾ são apresentados três critérios estruturais para o seu diagnóstico de “organização da personalidade borderline”, sendo: difusão da personalidade, nível de operação defensiva e capacidade de teste de realidade.

A difusão da personalidade se caracteriza pela falta de integração entre o conceito de *self* e do conceito de outras pessoas. A organização defensiva é baseada na clivagem e outros mecanismos associados, como a ideação primitiva, identificação projetiva que protegem o ego dos conflitos, dissociando experiências contraditórias do *self* e dos outros.

Já em relação ao teste de realidade, Kernberg ⁽⁴¹⁾ aponta que esta capacidade é mantida, o que os difere dos sujeitos psicóticos, definindo o teste de realidade como “a capacidade de diferenciar entre *self* e não-*self* e entre as origens intrapsíquicas e externa das percepções e estímulos” ⁽⁴⁰⁾.

Em Jean Bergeret ⁽⁴²⁾ as organizações limítrofes manifestam uma relação anaclítica, ou seja, de apoio. Como o ego é frágil, o objeto anaclítico tem o papel de superego auxiliar e de ego auxiliar, ora protetor, ora interditor. A instância dominante acaba sendo o ideal do ego, em quem o sujeito se ancora, pois a angústia é a perda do objeto, do qual se torna dependente.

André Green⁽⁴³⁾ aponta que ao estudar “os borderlines” não se pode colocar o estudo do ego em segundo plano, principalmente em relação com o objeto, pois a experiência é marcada por duas angústias: a angústia da separação e a angústia da intrusão, e isto suscita problemas técnicos imediatos.

1.2.6 Estigmas da condição Borderline

O TPB historicamente tem sido difícil de diagnosticar e carregado de estigma, levando a uma variedade de respostas clínicas entre pacientes e seus médicos. E quando diagnosticado, o TPB geralmente sinaliza o “paciente difícil”, isto é, pacientes considerados intratáveis ou que evocam reações e sentimentos desagradáveis na equipe de saúde mental.

Historicamente, o TPB era um rótulo reservado para significar indivíduos que eram percebidos como “pessoas carentes, muito emocionais” e com alto risco de suicídio ^(23,44).

Descrições precoces de TPB referiam a intratabilidade do transtorno, criando uma sensação de desesperança para os médicos. Além disso, os descritores de comportamento e características associados à TPB, como constam nas informações de diagnóstico diferencial do *DSM-IV*, incluem a palavra “manipulativo” para retratar o indivíduo com TPB ^(23,44).

Após a publicação do *DSM-III*, grupos feministas expressaram preocupações de que o rótulo de TPB que patologizava as mulheres, culpava as vítimas e perpetuava preconceitos negativos de gênero ^(23,44,45).

Na década de 1980, as preocupações com a natureza pejorativa do rótulo da DBP aumentaram à luz de evidências emergentes sobre a associação entre o trauma na primeira infância e a TPB. Embora algum progresso tenha sido feito para reduzir os julgamentos negativos associados ao diagnóstico de TPB, ainda permanece um estigma considerável ^(23,45).

Mediante tal complexidade clínica, epidemiológica e psicoterapêutica, a *disease* (TPB) vem sendo extensivamente estudada em seus aspectos técnicos e biomédicos. Tal desenvolvimento científico sobre as relações causais e terapêuticas é de extrema importância, e devem continuar contribuindo para a qualidade de vida das populações.

No entanto, seguindo a objetividade deste estudo as evidências relacionadas a fatores críticos no tratamento de pacientes com TPB são notáveis e estritamente relacionados com as dimensões psicopatológicas deste transtorno, tais como: instabilidade afetiva e relacional, impulsividade comportamental e definição de identidade precária. Essas características são enfatizadas durante intervenção terapêutica ambulatorial e tornam-se evidentes durante o curso do tratamento. E o clínico, por sua vez, vê testada suas habilidades terapêuticas, treinamento e contratransferência ⁽⁴⁶⁾.

Em geral, pacientes borderline utilizam os serviços de emergência psiquiátrica, em virtude de explosões agressivas, que por vezes tornam-se casos policiais, tentativas de suicídio, comportamentos autodestrutivos e queixas somáticas. Tais manifestações, acabam por ser manejadas de modo situacional em nível de emergência. O manejo mais difícil está caracterizado na criação e

manutenção de vínculos terapêuticos, principalmente em nível ambulatorial, onde as relações transferenciais são mais intensas, pois as responsabilidades são compartilhadas ⁽⁴⁷⁾.

Para Perestrello, a relação interpessoal torna-se um ponto crucial nesta proposta. As atitudes do médico poderão ser terapêuticas ou não, e produzirem configurações benéficas ou maléficas no curso do adoecer. O médico deve considerar que a doença tem um caráter pessoal e está vinculada à relação da pessoa com seu mundo, sendo a psicologia médica o tecido conjuntivo da prática médica, tal disciplina é constituída por saberes associados a antropologia, sociologia, psicologia, linguagem, comunicação, semiótica e etc. ⁽⁹⁾.

Nesta medida, refletir sobre a formação médica no que tange aos conhecimentos em psicologia médica, auxiliam o clínico para que o mesmo possa dar espaço e voz às manifestações da *illness* e da *sickness*.

1.3 Psicologia Médica: apenas um componente curricular ou uma *práxis* humanista no processo clínico?

Para melhor apreciação teórica da psicologia médica projeto-me ao caminhar com Michael Balint, para estabelecer certas especificidades que são suscitadas no processo clínico.

Compreende-se o processo clínico como: o conjunto estruturado de acontecimentos produzidos no campo dinâmico estabelecido entre a equipe de saúde e o paciente. Percorre o tempo que vai desde a primeira consulta/atendimento até a alta ou óbito. Inclui todos os procedimentos técnicos, comunicação verbal e não-verbal, experiências afetivas veiculadas no campo de relações clínicas ⁽⁴⁸⁾.

No estudo em questão, pôde-se buscar estabelecer tais vínculos tendo a atitude médica como uma das principais ferramentas terapêuticas. Balint nos apresenta que a “droga mais frequentemente utilizada na clínica deve ser o próprio médico, o modo como o médico oferece a si mesmo, ainda não existe farmacologia a respeito de tão importante substância ⁽⁸⁾”. Tal foi a finalidade dos grupos organizados por M. Balint e mais 14 colegas médicos de clínica geral na Tavistock Clinic de Londres, a partir de 1949 ⁽⁸⁾.

Após publicação de tal obra, *“The doctor, his patient and the illness”*, nota-se que historicamente a Psicologia Médica se torna um imperativo na formação profissional.

Neste sentido, faremos uma breve delimitação de modo especial sobre três conceituações presentes da obra de Balint, que são: função apostólica do médico, conluio do anonimato e atitude psicoterapêutica, que nos auxiliarão a refletir sobre as relações presentes no processo clínico.

1.3.1 Função apostólica do médico

A expressão das atitudes do médico e sua quase inabalável ideia sobre o modo como deve se comportar o sujeito enquanto doente, pode-se denominar “função apostólica”. Tal manifestação, embora subjetiva é imensamente poderosa e influi, segundo podemos analisar no texto de Balint ⁽⁸⁾:

“Era como se cada médico possuísse o conhecimento revelado do que os pacientes deviam e não deviam esperar e suportar, e além disso, como se tivesse o sagrado dever de converter à sua fé todos os incrédulos e ignorantes entre seus pacientes. Precisamente por esta razão surge a ideia de aplicar-lhe o nome de função apostólica (p. 162).”

Outro elemento constituinte da função apostólica que apresenta destaque na obra de Balint é a atitude do médico enquanto “padre confessor”, pois muitos indivíduos associam a doença como um evento resultante de uma falta permeada de culpa. Neste sentido, o médico poderá estabelecer uma atitude de ouvinte de tal confissão, onde seu paciente poderá falar francamente sobre suas apreensões e “pecados”, e cabe ao médico dar tal “absolvição” ⁽⁸⁾.

Mediante tal processo clínico a personalidade do médico constitui o fator determinante e quase que absoluto na escolha da resposta adequada, como consequência disso o paciente se vê obrigado a aceitar “a fé e os mandamentos” do seu médico e a converter-se, pelo menos superficialmente, ou a rejeitar tal condição para resignar-se, ou buscando outro médico cuja fé e mandamentos sejam mais exequíveis ⁽⁸⁾.

Sob uma perspectiva problematizadora semelhante, o conceito de biopoder a partir das contribuições de Michel Foucault sobre o nascimento da clínica e da biopolítica, podemos entender como a medicina se tornou uma

política da vida e como se transformou em ferramenta para o controle da população ⁽⁴⁹⁾.

Assim como problematiza o filósofo italiano Giorgio Agamben, ao apresentar o conceito de poder soberano, também presente nos processos clínicos, nos mostrando que o poder soberano na contemporaneidade se caracteriza pela possibilidade que algumas instituições e atores tem de decidir sobre o valor das vidas e como devem ser vividas ⁽⁵⁰⁾.

Tudo isso exerce importante influência na contemporaneidade, pois cada vez que um paciente se encontra em “dificuldades” esperará que seu médico o submeta a exame físico e lhe receite um tratamento.

1.3.2 Conluio do anonimato

Depois de tal intervenção apostólica, se os sintomas e a condição geral de adoecimento persistem, necessitar-se-á de outra opinião, de mais exames, de outros especialistas e de uma maior fragmentação do caso. Mediante tal difusão de saberes e responsabilidades clínicas, Balint irá delimitar outro conceito, conhecido como “conluio do anonimato” ⁽⁸⁾.

Quando o paciente se coloca frente ao seu médico com um problema que o expõe a uma condição desconcertante ou não consegue estabelecer uma relação causal clara sobre a *disease*, acaba por encaminhar tal caso a outro especialista. A gravidade do conluio do anonimato se inscreve na tomada de decisões vitais, sem que ninguém assuma a responsabilidade pelas mesmas de modo integral.

Embora exista um enorme descontentamento por parte do próprio médico em não obter respostas conclusivas, ele não traduz seu sentimento em fatos, pois se sente impelido em manter tal posição apostólica, que acaba por perpetuar o conluio.

Segundo Balint, no “conluio do anonimato” as energias investidas sem responsabilização geram o governo e/ou desgoverno da situação, fragilizando-se nesta medida as relações entre médico seu paciente e o tratamento.

1.3.3 Atitude Psicoterapêutica

Esta função não deve ser confundida com o exercício de alguma modalidade formal de psicoterapia. O que se propõe é uma forma verdadeira e autêntica de ser, no sentido de gostar, respeitar, acreditar em cada uma das pessoas, independentemente da posição dos atores nesta relação clínica ⁽⁸⁻⁴⁸⁾.

Sob a perspectiva inicial do processo clínico, Balint nos coloca sob um dilema intrigante: se o que é mais importante é o ato de se queixar ou o conteúdo da queixa? Segundo ele, precisamos aqui delimitar a capacidade do clínico em prescrever a si mesmo no ato terapêutico ⁽⁸⁾.

Pois o médico que fala com o doente não é o mesmo que posteriormente fala desse doente. Ao falar do doente introduz expressões emocionais encobertas no contato clínico prévio e que jamais eram assinaladas no prontuário. Passando a considerar os aspectos emocionais envolvidos como o ruído da comunicação médico-paciente ^(8, 48).

A rigor, a psicologia médica e a atitude psicoterapêutica do médico quer por se especializar em tais expressões emocionais encobertas. Suas análises minuciosas permitem uma compreensão dessas expressões. Verificando sua interferência na condução da anamnese, no raciocínio diagnóstico e em toda atitude terapêutica ⁽⁴⁸⁾.

Pode-se perceber que o processo transferencial e contratransferencial evidenciados na prática psicanalítica é assim também observável na prática médica geral. Com repercussões importantes para o diagnóstico, terapêutica e prognóstico, sem mencionar o adoecer progressivo e insidioso a que o próprio médico está sujeito ⁽⁴⁸⁾.

As diferentes formas de atuação médica descritas em tais conceitos, acabam por demonstrar as diversas formas pelas quais o médico administra a si mesmo.

No transcorrer do processo clínico, Balint ressalta a importância do médico no sentido de não apressar o processo de problematização vindo do próprio paciente, na medida em que ele elabora sua própria solução para o problema, superando nesta medida suas próprias resistências, vergonha e

sobretudo o sentimento de culpa. Segundo Balint, o melhor conselho a um médico principiante seria: “quando em dúvida, não se apresse e escute”⁽⁸⁾.

Neste sentido, se faz importante retomarmos a compreensão de que a manifestação do adoecimento, tal como descrito anteriormente, é experimentado pela vivência da *illness*, que se constitui como uma experiência subjetiva, onde certas pessoas “adoecem” para obter a atenção e o interesse que necessitam. E a *disease* e suas queixas se constituem como reclamação, a justificação e expiação da porção suplementar de afeto que o paciente exige⁽⁸⁾.

Para que o clínico possa adquirir tais habilidades o mesmo precisa se expor a tais momentos de escuta, aliados aos estudos teóricos direcionados em psicologia médica. Sempre levando-se em consideração o fato de que a aquisição da habilidade psicoterápica consiste em uma transformação da personalidade do médico. Tal exercício deve ser propositivo, permeando toda a formação médica⁽⁸⁾.

Portanto, o presente estudo delimita-se na medida em que nos debruçamos sobre as relações estabelecidas no processo clínico entre o residente e seu supervisor, na assistência a indivíduos diagnosticados com TPB.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Explorar o significado das relações clínicas de residentes de psiquiatria e seus supervisores durante o processo de atendimento clínico ambulatorial à sujeitos diagnosticados com transtorno de personalidade borderline.

2.2 Objetivos específicos

- Compreender facilitações e/ou barreiras de manejo ambulatorial de pacientes com TPB;
- Compreender os significados psicológicos atribuídos pelos residentes em psiquiatria frente ao manejo de pacientes com TPB
- Compreender as vivências experimentadas entre supervisores/docentes de psiquiatria frente a supervisão de casos de TPB

3. PERCURSO METODOLÓGICO

“O prazer é uma experiência qualitativa. Não pode ser medido. Não há receitas para sua repetição. Cada vez é única, irrepetível [...]”

Rubem Alves

3.1 A pesquisa clínico-qualitativa

Para alcançar os objetivos da presente pesquisa, escolhemos a metodologia de pesquisa clínico-qualitativo (MPCQ). Especialmente adaptada das ciências humanas e sociais para interpretar as demandas subjetivas da relação clínico-assistencial ⁽⁵¹⁾.

A pesquisa qualitativa na atenção à saúde é uma fonte de respostas aos profissionais dessa área acerca das questões sobre a interação humana e sobre como as pessoas interpretam essa interação ⁽⁵²⁾.

Os pesquisadores qualitativos procuram desenvolver um panorama complexo do problema em estudo. Trata-se de relatar múltiplas perspectivas, identificando os muitos fatores envolvidos em uma situação, esboçando o retrato maior que emerge. Os pesquisadores não se limitam às estreitas relações de causa e efeito entre os fatores, mas sim pela identificação das complexas interações de fatores em qualquer situação ^(51,52).

Nos settings de saúde, conhecer as significações dos fenômenos do processo saúde-doença é essencial para melhorar a qualidade do processo clínico ⁽⁵¹⁾.

Os elementos da psicologia médica, psicologia da saúde e sociologia da saúde aplicáveis à dinâmica das relações, foram utilizados como base para discussão dos achados empíricos. Minayo ⁽⁵³⁾, explana tais definições, onde valoriza as formulações decorrentes dos achados empíricos como pontos essenciais ao avanço do conhecimento científico. Assim, as categorias emergentes dos relatos dos sujeitos pesquisados podem ser compreendidas como potencialmente relevantes para a novidade da pesquisa.

Tal potencialidade interpretativa é possível na medida em que articulados os fundamentos da MPCQ. O conceito de atenção flutuante, incorporado da

Psicanálise ao MPCQ também é utilizado nos primeiros passos da análise dos dados.

Turato ⁽⁵¹⁾ denomina esta etapa, por analogia, como “leituras flutuantes”. Isso pressupõe que o pesquisador, ao entrar em contato com o conteúdo sistematizado no *corpus transcrito* das entrevistas, realiza leituras sem privilegiar qualquer significado ou elemento contido nos relatos. Deixando-se afetar livremente para mobilizar sua própria atividade inconsciente, o que implica em suspender as motivações que comumente orientam sua atenção.

A boa prática do método demandou do pesquisador três atitudes imprescindíveis: atitude existencialista, que valoriza as angústias e ansiedades dos sujeitos como inerentes ao seu próprio processo ontológico de existir, de forma polissêmica, na condição de humano; atitude clínica, refere-se à inclinação de escutar/olhar para o sofrimento do indivíduo sob estudo, movida pela atitude terapêutica; e a atitude psicanalítica, que considera dos conteúdos próprios da dinâmica inconsciente, compreendida como uma linguagem estruturada com seus códigos e símbolos, que abriga conteúdos latentes não revelados diretamente e presentes em toda ação-reflexão e comportamentos do humano ⁽⁵¹⁾.

Fenômenos complexos como: angústia, ansiedades, sentimentos, silêncios, metáforas e outros aspectos que emergiram em campo a partir da prática empírica do pesquisador e comportamentos da equipe pesquisada foram interpretados de forma crítico-reflexiva numa perspectiva êmica. Isso significa que o conhecimento produzido nesta pesquisa é pautado nos nexos de sentido, na intencionalidade, observações e significados atribuídos, sobretudo, pelos próprios sujeitos pesquisados ^(51,52).

3.2 Aplicação do método clínico-qualitativo

3.2.1 Chegada ao campo: ambientação e aculturação

A aplicação do método clínico-qualitativo iniciou-se com a ambientação do pesquisador no campo de trabalho no qual se desenvolveu a pesquisa, no Ambulatório de Psiquiatria Geral de Adultos do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. Trata-se de um hospital de grande porte, alta complexidade e vinculado a Diretoria Regional de Saúde 7 (DSR-7) do estado de São Paulo. Oferecendo cobertura direta para Campinas e outros municípios, que integram uma região de 5 milhões de habitantes.

Este ambulatório funcionava às terças-feiras e quintas-feiras, no período da tarde e conta com uma equipe multiprofissional, incluindo cinco psiquiatras, sendo quatro destes docentes da universidade; residentes em psiquiatria, sendo oito de primeiro ano, oito de segundo ano e sete de terceiro ano; um residente de medicina da família; um residente de neurologia; um psicólogo; três estagiários de psicologia; um enfermeiro; e três técnicos de enfermagem.

Outro ambiente crucial no período de ambientação foram as reuniões clínicas do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria (DPMP) da UNICAMP, realizadas semanalmente, às terças-feiras das 10:30 às 12:00 horas, para discussões clínicas e científicas, que ajudam a orientar as necessidades clínicas e de formação em psiquiatria.

Após a ambientação, para um estudo qualitativo faz-se necessário que o pesquisador vivenciasse um processo de aculturação, de assimilação das ideias e costumes do ambiente de estudo. Acontece a partir de uma relação contínua entre a cultura do pesquisador e a cultura do lugar onde acontece a pesquisa, por meio da imersão temporária do pesquisador nesse campo.

Com o propósito de efetivar essa aculturação, o pesquisador participou, como observador, das atividades do ambulatório, assim como discussões de caso e supervisões dos residentes, convivendo com a equipe multiprofissional envolvida durante o período de agosto de 2015 a outubro de 2017.

As informações provenientes desta fase de aculturação foram anotadas em diário de campo e foram utilizadas inicialmente para avaliar o roteiro de

perguntas para as entrevistas, e até mesmo para a formulação de alguns objetivos específicos da pesquisa. O diário de campo também é uma ferramenta importante na análise de conteúdo, por apresentar as impressões do pesquisador acerca do ambiente de estudo.

3.2.2 Construção da amostragem e inclusão dos sujeitos

De acordo com Turato⁽⁵¹⁾, a amostra na pesquisa clínico-qualitativa é construída a partir do critério de homogeneidade ampla, que corresponde à soma de características/variáveis em comum a todos os indivíduos que compõem a amostra.

Desse modo, os critérios de inclusão dos sujeitos da presente pesquisa foram os seguintes:

- Ser residente de psiquiatria do primeiro ou segundo ano de formação, regularmente matriculado
- Ser supervisor de psiquiatria junto ao Ambulatório de Psiquiatria Geral de Adultos do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas
- Apresentar concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo II)

A composição da amostra por residentes do primeiro e segundo ano de formação se deu em detrimento ao período de formação junto ao Ambulatório de Psiquiatria Geral de Adultos. Consideradas tais condições que não se constituíssem em vieses da pesquisa na construção dos conhecimentos.

A amostra foi fechada pelo critério de saturação ^(54,55), quando, após um processo contínuo de análise dos dados, começado já no início do processo de coleta, surgiu um momento em que pouco de substancialmente novo apareceu. Para isso, considerou-se cada um dos tópicos abordados ou identificados durante a análise e o conjunto dos entrevistados. Turato ⁽⁵¹⁾ ressalta que esse momento de saturação deve ser avaliado não apenas pelo pesquisador, mas também por seus supervisores e pelos pares acadêmicos.

Foram feitas 20 entrevistas, sendo que destas, 15 foram de residentes de psiquiatria e 5 de supervisores, totalizando, aproximadamente, 10 horas de gravações.

3.2.3 Coleta de dados

A abordagem para a condução da presente pesquisa foi feita no período de dezembro de 2015 a outubro de 2017. Os dados foram coletados pelo próprio pesquisador por meio das seguintes etapas, seguindo os critérios sugeridos pelo MPCQ⁽⁵¹⁾:

- Fase de pré-coleta: foi realizada uma entrevista de aculturação com a finalidade de subsidiar possíveis ajustes no instrumento de coleta (roteiro de entrevistas) e qualificar as formas de abordagem dos participantes (não gravadas e não utilizadas para composição do material sob análise);
- Fase de coleta: sempre que identificado um sujeito participante em potencial, era feita a primeira abordagem pelo pesquisador. Nesse momento, eram explicados os objetivos da pesquisa e estabelecidas a possibilidade de vínculo e estabelecimento do *rapport*, visando construir uma relação de confiabilidade, empatia e responsabilidade mútua com o sujeito e a minimização de fantasias de persecutoriedade e assimetrias próprias dos papéis entre pesquisador e pesquisado;
- Em seguida era lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (anexo 2) e coletados os dados de identificação e feita a solicitação para o uso de gravador digital.
- As entrevistas foram realizadas uma única vez com cada participante, nas dependências do ambulatório de psiquiatria do HC-UNICAMP, em ambiente privado entre pesquisador e entrevistado, para resguardar a ética, privacidade e intimidade do pesquisado;
- Aspectos relacionados à auto-observação do pesquisador, assim como reações emocionais durante as entrevistas foram registradas no diário da pesquisa (caderno de anotações análogo ao diário de campo em pesquisas antropológicas);

- As entrevistas utilizadas para análise foram gravadas em arquivo de áudio, utilizando equipamento eletrônico específico para armazenamento e posterior tratamento de dados.

Consideramos que a entrevista semidirigida tem a característica de ser semi-estruturada, ou seja, é conduzida com base em uma estrutura flexível, consistindo em questões abertas sobre a área a ser explorada inicialmente e a partir da qual o entrevistador ou o entrevistado podem divergir a fim de prosseguir com uma ideia em maiores detalhes ⁽⁵¹⁾.

A principal característica da entrevista semidirigida é a capacidade do pesquisador utilizar de seu conhecimento técnico (sua competência sobre o assunto pesquisado e também sobre o universo cultural do pesquisado) para permitir a manifestação, o mais livre possível, do entrevistado para explorar o seu tema-problema e também possibilitando os achados de serendipidade, aqueles que são encontrados por acaso ^(51,52,54).

A técnica da entrevista longa e em profundidade oferece a oportunidade de revelar o mundo mental do indivíduo para alcançar as categorias e a lógica pela qual o entrevistado apreende o mundo, seus conteúdos e padrões mentais de como são vivenciadas as suas experiências diárias. De acordo com este autor, a entrevista em profundidade é o mais poderoso método dentro do arsenal qualitativo ⁽⁵²⁾.

3.2.4 Técnica de tratamento de dados

Utilizamos a técnica de Análise Qualitativa de Conteúdo (AQC) para obter uma interpretação mais profunda, a análise dos dados foi realizada utilizando-se da técnica de análise de conteúdo, com o objetivo de compreender os significados no contexto da fala, de modo a ultrapassar o nível meramente descritivo da mensagem e também ancorá-las em um quadro de referenciais teóricos da psicologia médica ⁽⁵¹⁾.

Assumimos que o pesquisador qualitativista estuda fenômenos que não devem ficar isolados da sua subjetividade, ao contrário, tais fenômenos precisam penetrar esse pesquisador e afetá-lo de forma a mobilizar tanto suas próprias emoções e sentimentos, quanto sua capacidade analítico-reflexiva. Assim, o

pesquisador principal não foi um simples “condutor da exploração” e a descreveu. À medida em que a conduziu, foi também por ela conduzido. Logo, tornou-se parte integrante do processo, reagindo e interagindo com tudo aquilo que o afetou ⁽⁵¹⁾.

A partir disso, agrupamos os conteúdos latentes das falas que puderam ser associáveis de acordo com afinidades temáticas, os quais revelaram categorias de análise emergentes (empíricas). Tais categorias foram derivadas indutivamente, isto é, obtidas gradualmente a partir dos dados e não a partir da frequência das unidades de análise para quantificar dados, já que a análise qualitativa utiliza categorias analíticas e empíricas para descrever e explicar os fenômenos psicossociais ⁽⁵²⁻⁵⁵⁾.

A análise dos conteúdos foi realizada pelo pesquisador, seu orientador e os pares revisores do Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa (LPCQ). Identificamos um vasto e polissêmico elenco de categorias analíticas/empíricas emergentes dos conteúdos contidos na própria linguagem dos participantes que foi trabalhado segundo as motivações e propósitos do estudo. Para isso, realizamos os seguintes procedimentos:

1º- O pesquisador criou um banco de dados com a transcrição na íntegra das entrevistas gravadas em documento eletrônico de texto, onde também foram incluídas informações sobre a linguagem não verbal e anotações registradas no diário de pesquisa;

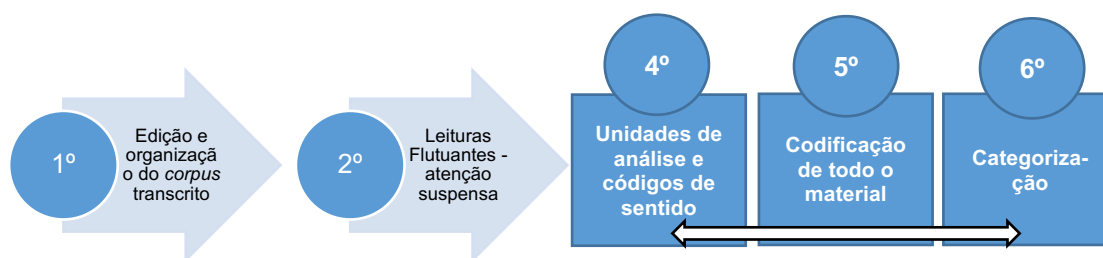
2º- Releitura pelo pesquisador e colaboradores do material transcrito com atenção suspensa (atenção flutuante - conceito oriundo da psicanálise) acompanhada pela escrita de comentários e impressões na margem do texto transcrito ^(51,52);

3º- Identificação de unidades de análise que, por afinidade temática, deram origem a códigos de sentido;

4º - Codificação de todo o material;

5º- A codificação sinalizou e orientou o processo de categorização que se deu através do agrupamento de significados destacados nos conteúdos relatados.

Figura 1 – Síntese dos passos para Análise Qualitativa de Conteúdo



A figura 1 sintetiza a aplicação da técnica de Análise Qualitativa de Conteúdo. Através dela, pudemos compreender as características, estruturas ou modelos que estão por trás, ou seja, latentes ao relato verbal e linguagens manifestas: expressões, lapsos, emoções, silêncios e outras expressões da linguagem não verbal dos entrevistados.

O processo crítico-interpretativo dos conteúdos foi consensual (entre pesquisador e colaboradores) e associado as teorias, cujas bases já foram explicitadas na introdução.

Em síntese, o reconhecimento das categorias de análise e suas interpretações ocorreu através de um empreendimento duplo: entender o sentido da comunicação e, principalmente, desviar o olhar, buscando outra significação, outra mensagem, passível de se enxergar por meio ou ao lado da primeira, ou seja, conteúdos latentes não explicitados nos conteúdos manifestos ^(52,53).

3.2.5 Validação

Um aspecto muito importante em pesquisas qualitativas é a validação externa, a revisão pelos pares. Validação externa é um processo que envolve o pesquisador com os achados da pesquisa e seus interlocutores acadêmicos, em uma interação/debate afetivo-intelectual da qual depreenderão considerações favoráveis ou adversas ao atributo de verdade dos achados da pesquisa ⁽⁵¹⁾.

A validação externa é feita pela interação com os pares, pela supervisão feita pelo orientador e pesquisadores sêniores, reconhecidos pela experiência com o uso do método, e dos referenciais teóricos utilizados ⁽⁵²⁾.

O rigor metodológico da validação do presente estudo foi feito pela contínua supervisão do professor orientador, bem como pelos pares do grupo de

pesquisa ao qual está filiado, o Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da FCM/ Unicamp, credenciado junto ao CNPq, composto por pesquisadores do método, dentre eles, mestrandos, doutorandos, pós-doutorandos e pesquisadores seniores. Além do fato de que os resultados preliminares deste estudo foram apresentados em congressos nacionais e internacionais (Anexo IV).

3.2.6 Cuidados éticos

Respeitamos todas as recomendações da Resolução nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Ambas regulamentadoras das pesquisas que envolvem seres humanos.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa/Unicamp CAAE 45881014.8.0000.5404 (Anexo1).

O TCLE foi apresentado e discutido item a item junto aos participantes, dando-lhes o tempo que fosse necessário para que tivessem completo entendimento do que seria realizado e tivessem, então, a liberdade de participar ou não da investigação.

Respeitamos o sigilo das informações coletadas tanto na transcrição e manipulação quanto na garantia do armazenamento em espaço físico e digital das gravações em áudio, as quais tiveram acesso restrito de uso exclusivo do pesquisador principal para as transcrições.

A preservação da identidade dos sujeitos acompanhou todo o processo de investigação.

4. RESULTADOS

4.1 Artigo 1- Borderline Personality Disorder: “Sometimes sickness and illness exist where no disease can be found.” (Brief report - submitted)

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to describe researchers experiences of outpatient follow up regimens of borderline personality disorder treated by psychiatry residents in Brazil. *Methods:* It was a qualitative, participant observation study design, performed in an adult psychiatry outpatient clinic in a university hospital. *Results:* Fifteen medical residents were followed up over a two-year time period. The terms “disease”, “illness” and “sickness” were considered when observing the doctor-patient relationship, with the aim of identifying difficulties in disorder management. Observations of care dynamics suggest that BPD patients evoked their own perceptions of unhealthy - illness and sickness. Thus, they are identified as the "difficult patient" of psychiatry: the "sick" in this difficult clinical-patient management dynamic. *Conclusion:* Direct observation allowed one to understand that the formulation of innovative management strategies is made difficult by both institutional factors and professional training. These patients, therefore, maintain more persistent and dysfunctional behavioral experiences. With this in mind, psychosocial and multidisciplinary interventions have become the main management strategies

Keywords: Borderline Personality Disorder; Psychiatry; Outpatient; Illness; Disease

Borderline personality disorder (BPD) is a clinical condition that causes important morbidity and mortality (1). Essential characteristics of BPD include a diffuse pattern of instability, marked impulsivity in interpersonal relationships, self-image, and affections arising in early adult life, present in various contexts (2). BPD is the commonest personality disorder, with a prevalence of 10% of all psychiatric outpatients (3).

The interpersonal relationships of this patient group are usually intense and chaotic. BPD patients present a number of clinical manifestations; therefore, difficulty has been encountered to identify a specific set of evidence-based guidelines to treat such individuals (4).

Patients with BPD compel the physician to enter into a confrontational relationship with their own ideas of treatment of the unhealthy.

To better understand BPD and treatment strategies, three historical and conceptual models have been used for the terms "unhealthy", "disease", "illness" and "sickness". These definitions were identified to help to comprehend different relationships, with the aim of establishing possible approaches to BPD management.

Disease is defined as: "a pathological process, most often physical as in throat infection, or cancer of the bronchus, sometimes undetermined in origin, as in schizophrenia. The quality that identifies disease is some deviation from a biological norm. There is objectivity about disease which doctors are able to see, touch, measure, and smell. Diseases are valued as the central facts in the medical view"(5).

The terms 'disease' and 'illness' are used by human scientists to describe different interpretations of poor health as viewed by doctors and their patients (6). Illness is defined as: "a feeling, an experience of unhealthy which is entirely personal, interior to the person of the patient" (5). Refers to the ways in which certain symptoms may be perceived, evaluated, and acted upon (or not) by different types of populations (7).

Sickness may be perceived as an external and public mode of recognition, with the disease having a social role, a status, a negotiated position in the world, a deal struck between the person, who is now called "sick", and a society that is prepared to acknowledge and support it (5).

OBJECTIVE

The aim of this paper was to describe the experience of the first author, as a participant observer in an outpatient treatment environment of BPD patients, as perceived by psychiatry residents in a hospital in southeast Brazil.

METHODS

Procedure

A qualitative, participant observation study was designed, to assess three main factors: the place, actors involved, as well as their activities (8).

Observation of BPD patient management was performed at an outpatient adult psychiatry clinic of the Department of Medical Psychology and Psychiatry, at the General Hospital of the State University of Campinas (UNICAMP), located in the metropolitan region of Campinas, southeast Brazil.

Data collection was performed using the longitudinal technique, with all procedures being documented between August 2015 and February 2017. Follow-up was performed eight hours per week, with a total of approximately 704 hours of prior acculturation, alongside observations of psychiatric visits, using the following strategies: observation of consultations, clinical discussions with supervisors and data collection from the medical records.

Analytical strategy

The recognized theoretical framework of Michael Balint was used for analysis, to explore the emotional/psychological dimensions underlying the doctor-patient relationship (9). The second author, also a PhD student, and the third author, the supervisor of both other authors, exhaustively discussed the research records, making interpretive interpretations.

Balint describes the role of the medical doctor as one that should represent, in addition to a search for objectively measurable responses, a clinical attitude towards qualified subjective listening (9).

The aforementioned terms, "Disease", "Illness" and "Sickness", were used to explain how the variations of "unhealthy", commonly established in the doctor-patient relationship, allow us to better understand this so called "deeper" diagnosis.

RESULTS

Psychiatry residents (N = 15) were monitored, thus delimiting the actors, activities and place in an interconnected fashion, in the outpatient clinic of general adult psychiatry.

Place

This study was performed in a public hospital, integrated into the Brazilian Unified Health System (SUS), under the direct responsibility of the Department of Medical Psychology and Psychiatry, of the General Hospital of the State University of Campinas (UNICAMP), located in the metropolitan region of Campinas, southeast Brazil, covering approximately 2.8 million inhabitants.

The outpatient clinic consists of the nursing reception, 11 rooms for individual consultations, a group therapy room, a triage room, as well as a meeting and clinical supervision room.

Actors

The "actors" used in this study were interviewed individually and were principally tracked in participant observation, consisting of psychiatry resident doctors in their first or second years of training.

Table 1 – Participant distribution in terms of sex and year of resident training, Campinas (2017).

Participant	Sex	Residency year
P1	F	R2
P2	M	R2
P3	F	R1
P4	M	R2
P5	M	R2
P6	M	R1
P7	M	R1
P8	M	R2
P9	F	R1
P10	F	R1
P11	M	R2
P12	M	R2
P13	M	R1
P14	M	R1
P15	F	R2

Male residents predominated (75%), with an almost even distribution of training year. The respective periods are associated to professional training programs, which focuses on outpatient care during the first two years of psychiatry residency.

Activities

The daily activities of the trainees consist of detailed medical history taking, psychiatric examination, formulating a broad hypothetical diagnosis, establishing a treatment plan, including pharmacological and psychosocial interventions, as well as longitudinal follow-up of the cases.

Preliminary observations demonstrate that the aforementioned university department allocates a great importance in investing in the integration of teaching of the medical residency program towards the activities of undergraduate and graduate students, with an emphasis on psychology.

Outpatient clinical supervision is based on the multi-causality of mental illness, which seeks to combine psychopathological knowledge with the clinical psychiatry. Supervisors and residents are interested in understanding the context in which the individual is included, however the majority of treatment plans have a pharmacological approach, most likely owing to it being a tertiary referral outpatient clinic within the integrated public health system.

DISCUSSION

The residents responsible for care of patients with BPD were perceived to understand that a fresh outlook for medical training is required, which currently focuses on medical diagnosis and pharmacological treatment.

"We already come from a medical culture that brings a relationship of power that is socially endorsed ... that one has to dominate pharmacology, yet with no specific limitations, which causes anguish"
 "(P1)

In psychiatry, particularly in ambulatory care, as well as in conventional medicine, pharmacological guidelines shape clinical practice, masking objective manifestations of disease, anchored in the biomedical paradigm.

Systematic reviews of pharmacological management to patients with BPD have revealed a lack of high-quality evidence to help clinicians make robust and reliable therapeutic decisions (10).

It is therefore necessary to understand the process of the “actors” professional and intellectual training, while medical trainees in a specialized service.

"BPD patients are particularly difficult. When I enter the consultation room, I sort of prepare myself, take a deep breath, police myself to have that countertransference ... surely, I think the tendency is to unlink, just as the schizophrenic acts when hallucinating, verbal, he has the psychotic license to do so, but the BPD patient may cut or kill themselves, it's different, right? "(P6).

Observations of care dynamics suggest that BPD patients evoked their own perceptions of unhealthy - illness and sickness. Thus, they are identified as the "difficult patient" of psychiatry: the "sick" in this difficult clinical-patient management dynamic.

At the clinical meetings, which aimed at improving psychiatry practices, discussions were recorded that considered mainly neuroimaging, neurophysiology and genetics studies. Biomarkers that revealed a delimitation of biologically concrete evidence to understand the mechanisms involved in the pathophysiology / psychopathology of psychiatric diseases were researched. These therapeutic approaches may be applied in the discussion of BPD cases due to these patients being seen in the same outpatient service as patients with complex diagnoses such as schizophrenia, refractory depression and severe neurosis.

Such biomedical evidence is crucial for disease definition. However, Balint presents some interesting theories that must be incorporated into medical practice. Balint stated that, "if a doctor asks questions in order to build a medical history, he will always get answers, but almost nothing else. Before he is able to

achieve a "deeper" diagnosis, he must learn to listen. This ability is a new skill, requiring a considerable, yet limited change, in the physician's personality" (9).

"As we advance in our residency training, which happens very quickly ... we are able to separate the social from the pathological and then you start to consider that you do not know if this person needs medicine, if they are in a bad way, if they are not able to talk to their family and that is the way that they can relieve it, and that is when one questions if they will give medicine for sadness, abuse, poverty and mourning?" (P9)

The expression above enables one to consider the doctor-patient relationship in psychiatry as described by Balint: "Every illness is also the vehicle for a call for love and attention. One of man's most common conflicts is caused by the discrepancy between his need for affection and the amount and quality of affection his environment is capable of and willing to bestow upon him" (9).

"I think it scares us, we do not know how to handle them, we need to study more, as well as to create a more appropriate service for them." (P14)

"It's really distressing, I think it could be very different if one had concrete conditions such as time, structure, support and even other specialties" (P1)

The psychiatry residents demonstrating an interest in extending their BPD studies would produce new opportunities in the approach to diagnosing patients. However, the care structure, as it exists in an ambulatory service, was observed to make other approaches not feasible, for several reasons, including: low adherence of individuals with BPD to therapeutic projects, insufficient time for medical consultations and limited psychosocial strategies available.

These patients, therefore, maintain more persistent and dysfunctional behavioral experiences. With this in mind, psychosocial and multidisciplinary interventions have become the main management strategies.

Future studies should consider the specificities of management of patients with BDP in services of all psychiatric complexities, and the benefits of such practice in the psychiatrist's professional training.

DECLARATION OF CONFLICTING INTERESTS

The author(s) declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article.

FUNDING

This research received no specific grant from any funding agency in the public, commercial or not-for-profit sectors.

REFERENCES

1. Kaplan HI and Sadock BJ. Comprehensive Textbook of Psychiatry/VI. 6.ed. Nova York: Williams & Wilkins; 1999.
2. Grant BF, Chou SP and Goldstein RB. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of *DSM-IV* borderline personality disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2008; 69 (4): 533–545.
3. DSM-5 (2014) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Porto Alegre: Artmed; 2014.
4. Leichsenring F, Leibing E, Kruse J, New AS and Leweke F. Borderline personality disorder. *The Lancet*. 2011; 377(1): 74-84.
5. Marinker M. Why make people patients? *Journal of Medical Ethics*. 1975; 1(2):81-84.
6. Helman C. Disease versus Illness in General Practice. *Journal of the Royal College of General Practitioners*. 1981; 31(230): 548-552.
7. Mechanic D. The Concept of Illness Behavior. *Journal of Chronic Disease*. 1961; 2(15): 189-194.
8. Spradley JP. Participant observation. Waveland Press; 2016.
9. Balint M. *The Doctor, His Patient and the Illness* (rev. ed.). New York: International Universities Press, Inc; 1974.
10. Hancock-Johnson E, Griffiths C, and Picchioni M. A Focused Systematic Review of Pharmacological Treatment for Borderline Personality Disorder. *CNS Drugs*. 2017; 31(5): 345-356.

4.2 Artigo 2- Manejo ambulatorial de pacientes com transtorno de personalidade borderline: uma revisão sistemática

RESUMO

Objetivo: descrever através de uma revisão sistemática os principais achados empíricos relacionados ao manejo de pacientes diagnosticados com TPB em nível ambulatorial. Metodologia: esta revisão sistemática segue o protocolo preferencial de relatórios de revisões sistemáticas e meta-análises (PRISMA). Foram incluídos apenas estudos que avaliaram modalidades de manejo ambulatorial a pacientes diagnósticos com TPB. Incluídos estudos se: 1) avaliaram a assistência estritamente psiquiátrica; 2) relataram intervenções psiquiátricas ambulatoriais não-farmacológicas, podendo ser inseridos estudos que correlacionem (obrigatoriamente) medidas farmacológicas e não farmacológicas. Resultados: a presente revisão é discutida sob a perspectiva inter-relacionada dos achados relativos ao manejo que obtiveram índices associados especificamente a: comportamento suicida, hospitalização e agressividade. Conclusão: os programas ambulatoriais associados entre manejo psiquiátrico especializado e intervenções associadas a mentalização ou de ordem comportamental dialética oferecem uma alternativa clinicamente sólida e econômica para serviços ambulatoriais tradicionais

Palavras-chave: Transtorno de Personalidade Borderline; Manejo; Ambulatório; Revisão Sistemática.

INTRODUÇÃO

O transtorno de personalidade borderline (TPB) é caracterizado por um padrão generalizado de instabilidade na regulação de afetos, controle de impulsos, relações interpessoais e autoimagem. As características clínicas incluem desregulação emocional, agressão impulsiva, autolesão repetida e tendências suicidas crônicas (1).

O transtorno costuma co-ocorrer com transtornos de humor, ansiedade e uso de substâncias e também está associado a outros transtornos de personalidade (2). O comportamento suicida é relatado como ocorrendo em até 84% dos pacientes com transtorno de personalidade borderline (1,3). Os transtornos de humor concomitante ou o uso de substâncias são considerados os fatores de risco mais relevantes para a consumação do suicídio (4).

O TPB historicamente tem sido de difícil diagnóstico e carregado de estigma. Alguns casos são subdiagnosticados e frequentemente não tratado, levando a uma variedade de respostas clínicas entre pacientes e seus médicos. Quando diagnosticado, o TPB geralmente sinaliza o “paciente difícil” por excelência. Achados sugerem que tais pacientes subsequentemente são encaminhados sem cuidados através de uma variedade de meios diretos e indiretos (5;6).

As configurações de tratamento ambulatorial e as provisões para pacientes podem variar entre diferentes países. No entanto, as intervenções farmacológicas são cada vez mais usadas para tratar diferentes facetas do espectro patológico, como instabilidade afetiva, impulsividade, estados dissociativos ou sintomas cognitivos-perceptivos (7).

Nesse contexto, o objetivo desta pesquisa é descrever, através de uma revisão sistemática, os principais artigos originais relacionados ao manejo não farmacológico de pacientes diagnosticados com TPB em nível ambulatorial. Os autores delimitaram o manejo não farmacológico, pois o tratamento farmacológico já foi exaustivamente estudado (8-10).

MÉTODO

Esta revisão sistemática segue o protocolo preferencial de relatórios de revisões sistemáticas e meta-análises (PRISMA) (11). A presente revisão sistemática foi registrada na *International Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO)*, sob o registro nº 58802.

Pesquisa

Em 26 de novembro de 2017, dois revisores (DARS e RAB) pesquisaram os seguintes descritores e operadores booleanos: ‘*Borderline Personality Disorder*’ AND ‘*Management*’ AND (‘*Outpatient*’ OR ‘*Ambulatory Care*’) nas bases: MEDLINE (via PubMed); Embase; Web of Science e Scopus. Foram selecionados artigos em inglês, português e espanhol e não foram aplicadas limitações cronológicas à pesquisa. As referências foram incluídas para elegibilidade potencial via EndNote Web.

Critérios de inclusão

Foram incluídos apenas estudos que avaliaram modalidades de manejo ambulatorial a pacientes diagnósticos com TPB. Incluídos estudos se: 1) avaliaram a assistência estritamente psiquiátrica; 2) relataram intervenções psiquiátricas ambulatoriais não-farmacológicas, podendo ser inseridos estudos que correlacionem (obrigatoriamente) medidas farmacológicas e não farmacológicas.

Critério de exclusão

Foram excluídos estudos os quais: 1) pacientes com TPB não foram o foco principal do estudo; 2) usaram instrumentos não validados; 3) o estudo completo não estava disponível; 4) o estudo não estava escrito em inglês, português ou espanhol.

Controle de qualidade

Dois autores da revisão (DARS e RAB) avaliaram de forma independente o risco de viés em estudos incluídos, considerando 50% dos critérios estabelecidos pelas seguintes listas de verificação: Normas consolidadas de ensaios de relatório (CONSORT), Fortalecimento do relatório de estudos observacionais em epidemiologia (STROBE) e Critérios Consolidados para Relatórios de Pesquisa Qualitativa (COREQ). Os desentendimentos entre os autores da revisão sobre o risco de viés em alguns artigos foram resolvidos por discussão, com o envolvimento de um terceiro autor da revisão (ERT), quando necessário.

Seleção de estudo e extração de dados

Dois membros da equipe de revisão (DARS e RAB) avaliaram e aplicaram os critérios para controle de qualidade, realizando uma leitura prévia de títulos e resumos selecionados, determinando nesta medida a elegibilidade

para extração de dados. Todas as discrepâncias na seleção do estudo foram resolvidas através da discussão com um terceiro crítico (ERT).

RESULTADOS

Utilizamos o fluxo de relatórios sistemáticos (PRISMA) para ilustrar o processo de seleção do estudo (Figura 1).

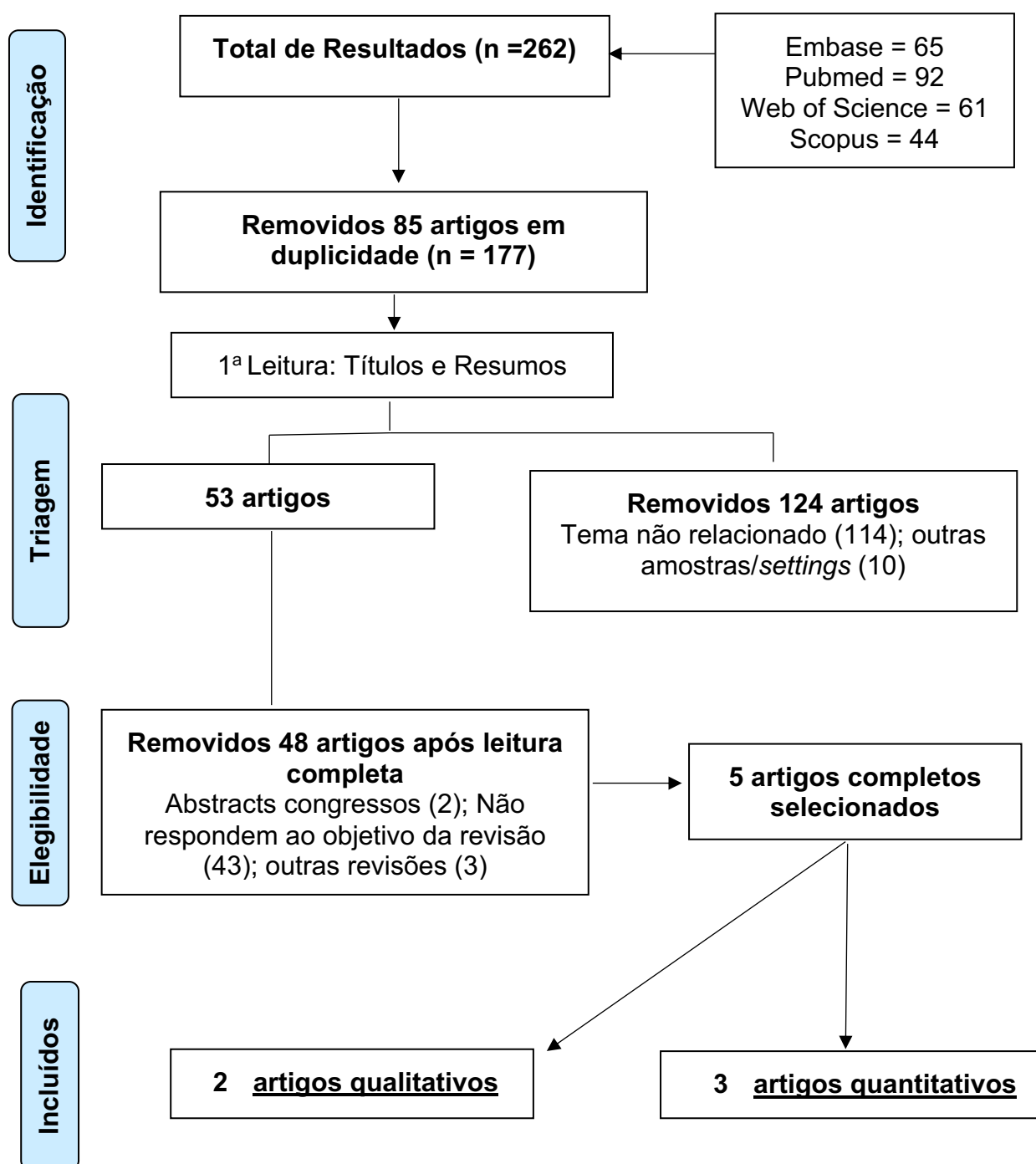


Figura 1 Diagrama de Fluxo da inclusão de estudos

Tabela 1 - Caracterização dos estudos qualitativos incluídos na síntese.

Número	Autor/Ano/País	Objetivos	Participantes	Métodos	Qualidade
1	Smith GW, 2001; EUA ⁽¹²⁾	Descrever um programa intensivo de ambulatório adaptado para pacientes com TPB.	N = 140	- Grupo de autoavaliação - Relato de Caso	55% (CONSORT)
2	Occhiogrosso & Auchincloss, 2012. EUA ⁽¹³⁾	Discutir os prós e os contras de misturar técnicas de psicoterapia e manejo farmacológico dentro do mesmo tratamento.	N=1	- Atendimento Individual - Relato de Caso	50% (CONSORT)

Tabela 2 - Caracterização dos estudos quantitativos incluídos na síntese.

Número	Autor/Ano/País	Objetivos	Participantes	Instrumentos	Variáveis	Qualidade
3	Berthoud L et al. 2015, Suíça ⁽¹⁴⁾	Explorar os efeitos do manejo psiquiátrico geral no processamento emocional	N = 1	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Classification of Affective-Meaning States</i> (CAMS); - <i>Outcome Questionnaire 45.2</i> (OQ-45); - <i>Working Alliance Inventory short version</i> (WAI-S) 	<ul style="list-style-type: none"> - Sofrimento subjetivo; - Relações interpessoais; - Papel social 	70% (STROBE)
4	McMain et al. 2011, Canadá ⁽¹⁵⁾	Avaliar os resultados clínicos pós-tratamento em pacientes ambulatoriais	<p>N = 90 em Terapia Comportamental Dialética (TCD) + N = 90 em Atendimento Psiquiátrico Geral (Ambulatorial)</p> <p>Total N = 180</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Symptom Checklist 90-Revised</i> (SCL-90-R); - <i>State-Trait Anger Expression Inventory</i>; - <i>Beck Depression Inventory-II</i> (BDI-II); - <i>Inventory of Interpersonal Problems</i> - <i>EuroQol-5D</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Atendimentos de emergência após tentativa de suicídio; - Nº de internações Psiquiátrica; - Comportamentos autolesivos não-suicidas; - Gravidade dos sintomas; - Impulsividade; - Depressão - Qualidade de Vida - Funcionamento Interpessoal; 	95% (STROBE)

				- <i>SCL-90-R</i> ;	
				- <i>Beck Depression Inventory</i> ;	
				- <i>Social Adjustment Scale—self-report</i> ;	
5	Bateman et al. 2009, UK ⁽¹⁶⁾	Avaliar os benefícios de um tratamento com base em mentalização (TBM) em comparação com uma abordagem de manejo clínico especializado em um contexto ambulatorial	N= 168	- <i>Inventory of Interpersonal Problems—circumflex version</i> ;	- Episódios de automutilação;
				- <i>Global Assessment of Functioning (GAF)</i>	- Internação hospitalar 90% (STROBE)
					- Tentativas de Suicídio

Tabela 3 – Caracterização dos principais tópicos de discussão da síntese

Tópicos de Discussão	Artigos
1. Comportamento Suicida e Autolesivo	
1.1 Diminuição de comportamentos autolesivos (automutilação)	1,2,4,5
1.2 Redução das tentativas de suicídio	2,3,4,5
2. Hospitalizações	
1.1 Redução dos episódios de hospitalização e de atendimentos em serviços de emergência	1,2,4,5
3. Relacionamentos Interpessoais	
1.1 Melhorias no funcionamento interpessoal	1,2,4,5
1.2 Melhorias nos sentimentos de raiva e sintomas de depressão	2,4,5

Os estudos qualitativos (tabela 1), fizeram uso dos relatos de experiência clínica, tendo nos participantes elementos ativos no desenvolvimento e implementação de seu próprio plano de tratamento, bem como, a identificação do funcionamento interpessoal inadequado.

Nos estudos quantitativos (tabela 2), foram aplicados diferentes instrumentos de análise, tal como a *classificação de estados de significado afetivo* (CAMS). É um sistema de classificação baseado em observação desenvolvido para a identificação e medição sistemática de estados de emoção, com 12 códigos nominais (14).

O *Questionário de Resultados-45.2* (OQ-45) foi utilizado como um questionário de autorrelato destinado a avaliar repetidamente o progresso dos pacientes durante a terapia através de três subescalas: distúrbios dos sintomas, relações interpessoais e funcionamento do papel social, as quais podem ser somadas para formar um escore geral de saúde mental (14).

O *Inventário da Aliança de Trabalho - versão curta* (WAI-S) foi outro questionário autorrelatado utilizando, contendo 12 itens, avaliando três subescalas: objetivo, tarefa e vínculo. Existem duas formas paralelas da WAI-S que avaliam o relacionamento tanto da perspectiva do paciente como do terapeuta (14).

Já o estudo randomizado longitudinal (16) também utilizou o teste qui-quadrado para variáveis dicotômicas e estatísticas de Kruskal-Wallis e testes t para dados de contagem e intervalo, respectivamente.

Já as medidas de resultado primárias e secundárias avaliadas nos intervalos de 6 meses a 18 meses após intervenção foram: *SCL-90-R*; *Beck Depression Inventory*; *Social Adjustment Scale–self-report*; *Inventory of Interpersonal Problems–circumflex version*; *Global Assessment of Functioning (GAF)*. Todas as escalas foram analisadas usando regressões logísticas de efeitos mistos para dados binários e modelos de regressão de Poisson.

Os estudos incluídos representam dados de um total de 490 participantes que completaram algum tipo de tratamento ambulatorial para TPB. As amostras foram compostas por 257 mulheres (56,3%) e 59 homens (12%). Um estudo (12) que corresponde a 30% da amostra não apresentou variáveis relacionadas ao sexo dos participantes.

Os estudos foram compostos por participantes com uma faixa etária média de 30,4 anos. Dos estudos incluídos, dois foram realizados nos Estados Unidos, um do Canadá, um na Suíça e um no Reino Unido.

DISCUSSÃO

A presente revisão é discutida sob a perspectiva inter-relacionada dos achados relativos ao manejo que obtiveram índices associados especificamente ao: 1. *comportamento suicida e autolesivo*; 2. *hospitalizações* e 3. *relacionamentos interpessoais*.

Tais tópicos foram criados a partir da análise de resultados quantitativos estatisticamente relevantes, e vivências qualitativas significativas relatadas nos estudos incluídos nesta revisão.

1. Diminuição de comportamentos autolesivos e tentativas de suicídio

Estudo (16) avaliou pacientes por um período de 6 a 18 meses. A proporção de pacientes submetidos que tinham comportamentos autolesivos/automutilação correspondia a 100% da amostra. Após 18 meses de tratamento foi evidenciado um acentuado declínio para 26,8% dos casos.

As dificuldades em relacionamentos, abuso de substâncias, sentimentos de inadequação, interações com famílias, intolerância à dependência, medo de abandono e ideação suicida foram reduzidas após tratamento ambulatorial (12).

Em um estudo randomizado, foi avaliada uma melhora significativa ($p < 0,0004$; risco relativo = 0,11) no comportamento suicida, em pacientes submetidos ao tratamento baseado em mentalização, quando comparado com o tratamento ambulatorial psiquiátrico ($p < 0,005$; risco relativo = 0,14) (16).

Neste sentido, o tratamento baseado na mentalização apresenta potencial clínico, pois tem como características a demonstração de empatia com o estado subjetivo atual do paciente.

Em um estudo (15), que analisou a proporção de participantes que relataram tentativas de suicídio em cada avaliação de acompanhamento, variou de 13,3% a 6,9% no grupo que foi submetido à terapia comportamental dialética e de 13,2% a 7,4% nos submetidos à condição geral de manejo psiquiátrico ambulatorial. Após 36 meses de atendimento, essas proporções foram de 8,2% e 12,1%, respectivamente. A taxa reduzida de tentativas de suicídio observadas durante a fase de tratamento foi mantida para ambos os grupos durante o seguimento ($p = 0,64$).

Os achados sugerem que a psicoterapia se torna relevante para sintomas de transtorno de personalidade borderline (por exemplo, capacidade de refletir sobre estados mentais de si mesmo e outros). É possível aprimorar um programa de tratamento estruturado e integrado que ofereça suporte psicológico permanente.

2. Redução dos episódios de hospitalização

As hospitalizações e atendimentos de urgência e emergência a pacientes com TPB foram relacionados em um dos estudos, onde proporções de hospitalização em cada avaliação de acompanhamento variaram de 43,1% a 24,0% para os participantes submetidos à terapia comportamental dialética e de 36,7% a 27,1% para os que foram submetidos ao manejo psiquiátrico ambulatorial geral (15).

Outro estudo (16) que relacionou os dias de hospitalização também mostra informações sobre dois grupos: um sob tratamento baseado em

metalização e outro associado ao manejo psiquiátrico ambulatorial. Antes do tratamento, cerca de 25% de cada grupo tinham pelo menos uma internação hospitalar. Durante os primeiros 6 meses de tratamento, os pacientes no grupo MBT tiveram significativamente menos dias de hospitalização, onde Kruskal-Wallis $\chi^2 = 4,25$, $p < 0,04$ e a diferença aumentou 12 meses depois (Kruskal-Wallis $\chi^2 = 6,54$, $p < 0,02$) e ainda mais após 18 meses (Kruskal-Wallis $\chi^2 = 9,01$, $p < 0,003$).

A eficácia empiricamente documentada de ambas as abordagens de psicoterapia individual (terapia comportamental dialética ou o tratamento baseado em mentalização) ressaltam a importância da coordenação e da comunicação coordenada entre a equipe interdisciplinar.

A colaboração com outros profissionais (psiquiatras, enfermeiros, psicólogos e etc) ajuda a difundir a intensidade dos casos, as decisões de tratamento e esclarecer papéis e responsabilidades.

3. Melhorias no funcionamento interpessoal

Os achados constataram que pacientes que frequentaram reuniões de grupo terapêutico intensivo, se familiarizaram com os detalhes das vidas de cada um dos componentes do grupo. Os pacientes passavam a valorizar o grupo como um lugar onde se sentiam ouvidos e entendidos. Tal tratamento em grupo visa explorar e esclarecer os sintomas de modo apropriado apresentando lentamente desafios relacionais, mentalizando e refletindo sobre os relacionamentos.

Os tratamentos estruturados melhoram os resultados para indivíduos com transtorno de personalidade borderline. O foco em processos psicológicos específicos traz benefícios adicionais para suporte clínico estruturado (14-16).

No entanto, em um estudo que considerou 10 sessões de atendimento psiquiátrico ambulatorial generalista não houve mudanças significativas no que diz respeito ao funcionamento interpessoal. Houve uma necessidade momentânea, por parte da paciente, em aprimorar os vínculos sociais, mas não foi mantido no segmento do tratamento.

Estudos sobre o tratamento baseado na mentalização foram apresentados como superiores quando comparados ao manejo clínico

psiquiátrico ambulatorial, no que diz respeito aos efeitos sobre tentativas de suicídio e graves incidentes de agressividade (16).

Esses resultados sugerem que programas ambulatoriais intensivos funcionam de forma otimizada quando os psiquiatras têm a postura de encorajamento dos pacientes em assumir a responsabilidade pelo gerenciamento de seus próprios problemas. Pacientes com transtorno de personalidade borderline geralmente sentem que não estão "recebendo o suficiente" da equipe. Trabalhar com esses pacientes exige assumir riscos aceitáveis para evitar o excesso de proteção e o excesso de gerenciamento.

Para contribuir com a sensação do paciente em ser "acolhido", os próprios médicos podem precisar de apoio para se sentirem confiantes sobre o tratamento que estão prestando. Conta, nesta medida, com toda equipe de saúde mental para que juntos possam propor o melhor projeto terapêutico.

CONCLUSÃO

Esta revisão sugere que o tratamento psicológico e psiquiátrico estruturado e integrado oferece o gerenciamento clínico coordenado e recomendado. Essa forma de gerenciamento beneficia significativamente os pacientes com transtorno de personalidade borderline.

Programas ambulatoriais associados entre manejo psiquiátrico especializado e intervenções associadas a mentalização ou de ordem comportamental dialética oferecem uma alternativa clinicamente sólida. Além disso, é uma alternativa econômica para serviços ambulatoriais tradicionais em níveis mais intensos de cuidados. Tais iniciativas podem ser o tratamento de escolha para pacientes com transtorno de personalidade borderline.

Todas as condições terapêuticas apresentadas nos estudos foram associadas a suicídio substancialmente reduzido, autoagressividade e hospitalização. A melhora nas medidas dos sintomas e no funcionamento social e interpessoal durante o tratamento também foi observada.

Portanto, dada a falta de disponibilidade de tratamentos efetivos para o transtorno de personalidade borderline em nível ambulatorial, é necessária

investigação sobre a eficácia de modelos para ajudar e informar as decisões sobre a alocação de recursos escassos de cuidados de saúde.

Nesta medida, existem várias direções para pesquisas futuras. Uma das direções possíveis é modelar trajetórias individuais e coletivas para ajudar a detectar diferentes padrões de resposta ao tratamento.

As limitações desta revisão sistemática estão relacionadas com a escassez de estudos com o foco não farmacológico de intervenção na população com TPB.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan MM, Bohus M. Borderline personality disorder. *Lancet* 2004; 364:453– 61
2. Grant BF, Chou SP, Goldstein RB, Huang B, Stinson FS, Saha TD, et al. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM–IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* 2008; 69: 533– 45.
3. Soloff PH, Lynch KG, Kelly TM. Childhood abuse as a risk factor for suicidal behavior in borderline personality disorder. *J Pers Disord* 2002; 16: 201– 14
4. Black DW, Blum N, Pfohl B, Hale N. Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *J Pers Disord* 2004; 18: 226– 39
5. Keuroghlian AS, Palmer BA, Choi-Kain LW, Borba CP, Links PS, Gunderson JG. The Effect of Attending Good Psychiatric Management (GPM) Workshops on Attitudes Toward Patients With Borderline Personality Disorder. *J Pers Disord*. 2016 Aug;30(4):567-76. doi: 10.1521/pedi_2015_29_206.
6. Stumpf B; Cruz, L; Hara, C; Rocha, F. Transtorno de personalidade borderline: o paciente difícil na prática médica. *Rev Bras Clin Terap – SNC*. 2016, 1;(1). 11-18.
7. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2001; 158 (suppl 10): 1–52.
8. Limandri BJ. Psychopharmacology for Borderline Personality Disorder. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2018 Apr 1;56(4):8-11. doi: 10.3928/02793695-20180319-01.

9. Bozzatello P, Rocca P, Uscinska M, Bellino S. Efficacy and Tolerability of Asenapine Compared with Olanzapine in Borderline Personality Disorder: An Open-Label Randomized Controlled Trial. *CNS Drugs*. 2017 Sep;31(9):809-819. doi: 10.1007/s40263-017-0458-4.
10. Limandri BJ. Case Study Application for Psychopharmacology With Borderline Personality Disorder. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2018 May 1;56(5):16-19. doi: 10.3928/02793695-20180322-04.
11. Moher D, Shamseer L, Clarke M, Gherzi D, Liberati A, Petticrew M, et al. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Syst Rev*. 2015;4:1.
12. Smith GW, Ruiz-Sancho A, Gunderson JG. An intensive outpatient program for patients with borderline personality disorder. *Psychiatr Serv*. 2001 Apr;52(4):532-3.
13. Occhiogrosso M, Auchincloss EL. The challenge of treating (and supervising) patients with borderline pathology in a residents' clinic. *Psychodyn Psychiatry*. 2012 Sep;40(3):451-68.
14. Berthoud L, Kramer U, Caspar F, Pascual-Leone A. Emotional processing in a ten-session general psychiatric treatment for borderline personality disorder: a case study. *Personality and Mental Health*. 2015; 9: 73-75
15. McMain SF, Guimond T, Streiner DL, Cardish RJ, Links PS. Dialectical behavior therapy compared with general psychiatric management for borderline personality disorder: Clinical outcomes and functioning over a 2-year follow-up. *Am J Psychiatry* 2012;169 :650–661
16. Bateman A, Fonagy P. Randomized Controlled Trial of Outpatient Mentalization-Based Treatment Versus Structured Clinical Management for Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry* 2009; 166:1355–1364
17. Bateman A & Fonagy P. Mentalization-Based Treatment, *Psychoanalytic Inquiry*. 2013 33:6, 595-613

4.3 Artigo 3- Relatos de residentes de psiquiatria sobre o manejo de pacientes com transtorno de personalidade borderline: um estudo clínico - qualitativo

RESUMO

Objetivo: explorar os relatos de residentes de psiquiatria no manejo de pacientes diagnosticados com transtorno de personalidade borderline. **Metodologia:** pesquisa qualitativa, por meio de entrevistas semiestruturadas de questões abertas em profundidade, com 15 residentes de psiquiatria de 1º e 2º ano de formação, junto ao Ambulatório de Psiquiatria Geral de Adultos HC/UNICAMP. A técnica de tratamento de dados foi feita por meio da análise de conteúdo das entrevistas transcritas na íntegra e categorização. **Resultados:** no processo de interpretação dos dados, foram escolhidas seis categorias, a saber: Estereótipos e sentimentos; Fragilidades; Supervisão: dividindo angústia; O vínculo terapêutico; Aceitando os progressos e O TPB e a condição humana. **Conclusões:** a relação médico-paciente apresenta variações dos padrões adaptativos em relação ao sentimento de angústia que permeia o processo clínico. Algumas fragilidades foram apontadas: limitações relativas ao serviço e a baixa eficácia de medidas farmacológicas. Tal condição limitadora mobiliza o residente para uma maior aceitação dos progressos terapêuticos. A condição borderline é mobilizadora de reações contratransferências, que nos aproximam dos desafios relativos a existência humana.

Palavras-chave: Transtorno de Personalidade Borderline; Manejo; Relação Médico-Paciente

INTRODUÇÃO

O Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) é uma condição clínica que causa relevante morbidade e mortalidade. Características essenciais do TPB são: um padrão difuso de instabilidade, impulsividade acentuada das relações interpessoais, da autoimagem e de afetos que surgem no começo da vida adulta, presente em vários contextos (1,2).

O TPB historicamente tem sido de difícil diagnóstico, e carregado de estigma, levando a uma variedade de respostas clínicas entre pacientes e seus médicos. E quando diagnosticado, geralmente sinaliza o “paciente difícil” (3).

Estudos sobre adesão ao tratamento clínico relacionam que a impulsividade, manipulações, dissociação afetiva, tentativas de suicídio acompanhadas de autoagressões crônicas, tendência à regressão e agressividade foram identificadas como fatores que interferem na adesão ao tratamento. Tais manifestações acabam por colocar a equipe em uma situação de impotência (2,3).

Diante da complexidade destes aspectos, algumas pesquisas (3-6) compreendem que disponibilizar o atendimento integral ao paciente com TPB é aceitar que existem limitações profissionais. Deve-se reconhecer que nenhum campo de saber isoladamente pode dar conta das diversas dimensões deste sujeito.

Outros autores (7) apontam que durante o processo de formação, os residentes de psiquiatria carecem de experiência necessária, o melhor tratamento destes pacientes requer coordenação de muitos serviços e muitos professores, que devem trabalhar juntos para dar aos residentes a supervisão e o ensino que eles precisam. Prezando pelo estudo aprofundado de casos e compreensão das singularidades dessa organização de personalidade (4,5).

Neste sentido, o presente estudo tem por objetivo, compreender o significado das relações clínicas entre residentes de psiquiatria e sujeitos diagnosticados com transtorno de personalidade borderline, durante o processo de atendimento clínico ambulatorial.

MÉTODO

Para se alcançar os objetivos da presente pesquisa, foi utilizado o método clínico-qualitativo, que é o método qualitativo aplicado ao campo da saúde e se propõe a investigar e interpretar os fenômenos nesse campo (8).

Os pesquisadores qualitativos procuram desenvolver um panorama complexo do problema em estudo, não se limitam às estreitas relações de causa e efeito entre os fatores. Trata-se de relatar múltiplas perspectivas de

significados, identificando os muitos fatores envolvidos em um fenômeno observado (8,9).

Coleta de dados

A amostra é composta por residentes do primeiro e segundo ano de formação em psiquiatria, tais períodos foram escolhidos em detrimento do período de formação junto ao Ambulatório de Psiquiatria Geral de Adultos do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. Trata-se de um hospital de grande porte, alta complexidade e vinculado a Diretoria Regional de Saúde 7 (DSR-7) do estado de São Paulo. Oferecendo cobertura direta para Campinas e outros municípios, que integram uma região de 5 milhões de habitantes.

A amostra (tabela 1) foi intencional e fechada pelo critério de saturação teórica (10,11) Após um processo contínuo de análise dos dados, começado já no início do processo de coleta, surgiu um momento em que pouco de substancialmente novo apareceu.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, com questões abertas em profundidade, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A abordagem para a condução da presente pesquisa foi feita no período de dezembro de 2015 a outubro de 2017. Os dados foram coletados pelo próprio pesquisador por meio das seguintes etapas:

- Fase de pré-coleta: foi realizada uma entrevista de aculturação com a finalidade de subsidiar possíveis ajustes no instrumento de coleta (roteiro de entrevistas) e qualificar as formas de abordagem dos participantes (não gravadas e não utilizadas para composição do material sob análise);
- Fase de coleta: sempre que identificado um sujeito participante em potencial, era feita a primeira abordagem pelo pesquisador. Nesse momento, eram explicados os objetivos da pesquisa e estabelecidas a possibilidade de vínculo e estabelecimento do *rapport*, visando construir uma relação de confiabilidade, empatia e responsabilidade mútua com o sujeito e

a minimização de fantasias de persecutoriedade e assimetrias próprias dos papéis entre pesquisador e pesquisado;

- As entrevistas foram realizadas uma única vez com cada participante, nas dependências do ambulatório de psiquiatria do HC-UNICAMP, em ambiente privado entre pesquisador e entrevistado, para resguardar a ética, privacidade e intimidade do pesquisado;

- Aspectos relacionados à auto-observação do pesquisador, assim como reações emocionais durante as entrevistas foram registradas no diário da pesquisa (caderno de anotações análogo ao diário de campo em pesquisas antropológicas);

- As entrevistas utilizadas para análise foram gravadas em arquivo de áudio, utilizando equipamento eletrônico específico para armazenamento e posterior tratamento de dados.

Foram feitas 15 entrevistas, sendo que destas, 8 foram de residentes de primeiro ano de formação e 7 do segundo ano, (tabela 1) totalizando, aproximadamente, 7 horas e 30 minutos de gravação.

Desse modo, os critérios de inclusão dos sujeitos da presente pesquisa foram os seguintes: ser residente de psiquiatria do primeiro ou segundo ano de formação, regularmente matriculado, e ter experiência no atendimento de pacientes diagnosticados com transtorno de personalidade borderline.

A composição da amostra por residentes do primeiro e segundo ano de formação se deu em detrimento ao período de formação junto ao Ambulatório de Psiquiatria Geral de Adultos.

Análise dos dados

A técnica de tratamento de dados constituiu-se pela análise qualitativa de conteúdo (9,12) do conjunto do material das gravações transcritas na íntegra para categorização segundo os núcleos de significado emergentes das falas, em um rigoroso processo de reflexão e associações com teorias já publicadas na literatura. As categorias relatadas neste artigo passaram por validação externa

com especialistas, além da supervisão por pares acadêmicos do Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa UNICAMP, coautores deste artigo.

O referencial teórico reconhecido de Michael Balint (13) foi utilizado para análise, para explorar as dimensões emocionais / psicológicas subjacentes à relação médico-paciente.

Balint descreve o papel do médico como aquele que deve representar, além de uma busca por respostas objetivamente mensuráveis, uma atitude clínica em relação à escuta subjetiva qualificada (13).

Os termos: "*disease*", "*illness*" e "*sickness*", descrito por Hofmann (14) foram usados para explicar como as variações de "não saúde", comumente estabelecidas na relação médico-paciente, que nos permitem entender melhor esse diagnóstico e as relações estabelecidos no processo clínico.

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas UNICAMP, com o nº CAAE 45881014.8.0000.5404.

RESULTADOS

Ao todo 15 residentes foram entrevistados. após processo de validação das entrevistas, a amostra final foi composta tal como apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição de participantes quanto ao sexo e período da residência, Campinas (2017).

Participantes	Sexo	Período da Residência
R1	F	2º
R2	M	2º
R3	F	1º
R4	M	2º
R5	F	2º
R6	M	1º

R7	M	1º
R8	M	2º
R9	F	1º
R10	M	1º
R11	M	2º
R12	F	2º
R13	F	1º
R14	M	1º
R15	F	2º

A distribuição dos participantes constituiu-se por n=7 (46,6%) dos residentes de primeiro ano de formação em psiquiatria, e por n=8 (53,3%) do segundo ano de residência.

A distribuição da amostra relativa ao sexo dos participantes, se constituiu de n=7 (46,6%) de sujeitos do sexo feminino e n=8 (53,3%) do sexo masculino.

Todos os participantes que constituem a amostra tiveram experiência de atendimento clínico psiquiátrico à pacientes com diagnóstico de transtorno de personalidade borderline.

As categorias analisadas passaram por um rigoroso processo metodológico de validação dos resultados e posterior categorização, do qual participaram o pesquisador e seus pares coautores. Dentre as inúmeras possibilidades e ênfases, foram priorizados os conteúdos que apresentaram afinidade com os objetivos desta pesquisa. Aspectos com conteúdo relevante/inovador no campo da produção científica e para a prática clínica.

No processo de interpretação dos dados, foram escolhidas 6 categorias com trechos das entrevistas para ilustrá-las. A saber: Estereótipos e sentimentos; Fragilidades; Supervisão: dividindo angústia; O vínculo terapêutico; Aceitando os progressos e O TPB e a condição humana.

Categoria 1: Estereótipos e sentimentos

“Eu acho que a única chance que o paciente tem de ser bem tratado é se a gente entrar sem preconceito, sem prejulgamento, sem estereótipos, se a gente não acreditar aí vai ser muito difícil, se nem o médico acredita que ela irá melhorar né?” (R3)

“Quetiapina a gente fala que é o melhor antipsicóticos para quem não é psicótico, então aí já começa...ah, mas na verdade virou o remédio símbolo para tratar o transtorno borderline? E a gente vê que a pessoa toma e a dose a baixa, já pensamos, é border! Só porque está tomando Quetiapina em dose baixa, é muito ruim isso.” (R8)

“O esquizofrênico age porque está com uma alucinação ali, ele tem licença psicótica para fazer isso, mas o border como vai se cortar e matar é diferente, é difícil...tipo, se o paciente está está em estupor catatônico é diferente, eu sinto isso em falar, o respeito deveria ser o mesmo, mas no íntimo....né?”(R11)

Os relatos apontam para a projeção de uma diferenciação característica da condição borderline, em detrimento de outros transtornos mentais. O médico percebe tal atitude projetiva como algo que pode dominar a relação clínica, que não pode estar permeada de preconceitos ou prejulgamentos.

Tal experiência clínica também é mobilizadora de sentimentos, tal como veremos abaixo, que emergem no transcorrer no processo terapêutico.

“As categorias diagnósticas trazem com elas algumas ideias de probabilidade, de resultados, que quando são desfavoráveis, como é o caso do transtorno borderline, já trazem um sentimento de desânimo em atender o paciente, menos afinho no caso né?” (R2)

“...mas que a palavra que salta assim, é a desesperança né? Eu não vejo muita perspectiva assim de como atuar mais

ativamente, igual no psicótico, no TAB, na dor do psicótico, no border não tem isso, né?” (R1)

“...eles acabam por provocar essa sensação de impotência...parece que você nunca vai resolver a situação dele, que ele nunca vai melhorar.” (R7)

“Para mim o que sobra mesmo é a angústia, mas que quando você racionaliza o que é essa angústia eu acho que é porque ela está confrontando esses sentimentos que foram construídos antes, e que a sociedade inclusive referenda, que é essa autoridade, que vai resolver, mas não vai! Eu acho que os pacientes que mais escancaram isso são os border.” (R15)

Os sentimentos que emergiram desta experiência estão associados ao: desânimo, desesperança, angústia e impotência. Quando consideradas as possibilidades terapêuticas, bem como a confrontação característica da condição borderline.

Categoria 2: Fragilidades

“Então...esse tipo de comportamento que a gente acaba automatizando aqui, e automatiza mesmo, porque aí vai prescrever, aí é dor nanana, chorou, antidepressivo, está impulsivo, antipsicóticos, nanana, e assim vai, eu acho que isso é ruim, não vai ter nenhum remédio que você vai canetar e vai resolver, e aí isso acho que vai gerar um desgaste, fragiliza!” (R1)

“...mas o que realmente me incomoda é a instabilidade e saber que você está medicando só o sintoma, e não está ajudando no resto das coisas” (R6)

“Ao passo que em pacientes deprimidos ou psicóticos a gente tem uma conduta de dar antidepressivos ou antipsicóticos, para o paciente borderline o que a gente vai dar? A impressão que dá é que um achismo, né?” (R4)

“O ambulatório é um recorte muito ruim para acompanhar estes pacientes, então assim, se tivesse algo que a gente conseguisse ver com mais frequência ou mesmo que tivesse uma psicoterapia estruturada...porque este esquema de ver a cada 1 ou 2 meses, isso é uma grande causa de você estar medicando.” (R13)

“Se eu for ter que fazer escuta eu preciso de mais respaldo teórico na escuta, é, e eu acho que também precise de uma postura mais uníssona de todos os chefes entendeu? E isso é muito divergente, eu tenho uma visão sobre isso no manejo dos pacientes borderline” (R1)

Podemos considerar que as fragilidades percebidas pelos residentes são relativas às limitações no tratamento farmacológico que é basicamente sustentado por uma postura sintomatológica. Outra fragilidade evidenciada é relativa dinâmica do serviço ambulatorial, cujas críticas, visam um melhor esquema de segmento neste *setting*.

Categoria 3 – Supervisão: dividindo angústia

“no fundo no fundo, o mesmo sentimento de impotência que eu tenho eu sinto que o docente tem, não tem o que fazer, o ideal é que tivesse, ele consegue ajudar no manejo da medicação, mas fora isso não, o manejo de consulta sabe, como devolver certas coisas que o paciente traz, isso aí eu sinto falta!” (P1)

“Muitas vezes eu vou para a supervisão só para dividir angústia, dividir um pouco do peso, principalmente daqueles borders que tem ideação suicida crônica” (P 12)

“a gente tem que escolher o supervisor que tem um manejo melhor de borderline, pois sabidamente alguns docentes tem angustia também em tratar, aí a demanda que você vai levar não vai ser tão bem analisada” (P14)

“a gente insiste em supervisionar mesmo por essa divisão de compromisso, essa divisão de angústia, sabe? Eu acho que é quase a vontade de montar essa tal dessa equipe multidisciplinar, apenas de ser 2 médicos conversando assim” (P6).

Os relatos sugerem que os aspectos estruturais da supervisão dos pacientes com TPB constituem uma frágil determinação de padrões de relacionamento entre supervisor e residente.

Categoria 4: O vínculo terapêutico

“o principal é você sempre estar ali, sendo presente, mesmo ele sendo estável, as vezes você tem que estar sempre firme, estar disposto a ouvi-lo, isso é um pouco complicado, né?” (R7)

“teve um momento em que ela quebrou tudo, e eu engoli seco, deixei ela falar, fui um saco de pancada aquele dia, né? E eu vi que foi muito bom, essa experiência de saco de pancada assim, declarado, né? O processo do tratamento é tão importante e rico quanto o próprio terminar, depois daquela consulta o vínculo melhorou.” (R9)

“Era uma paciente que eu não gostava de atender, um colega já havia passado o caso para mim porque era difícil. Mas um dia

deixei de seguir aquela coisa protocolar, e aí vi que era muito além do transtorno né? Que existia uma pessoa ali por trás, com esperanças, expectativas, sonhos, o cachorro, que gostava de tal música, e que eu também gostava desse tal cantor, louco né? A gente começou a encontrar coisas parecidas, isso eu acho que foi mudando o jeito que as consultas foram indo assim né?” (R8)

Os relatos acima sugerem que o processo de vínculo terapêutico é construído, na medida em que alguma experiência trouxe maior implicação por parte do residente, para além do diagnóstico, mas para a experiência humana.

Categoria 5 – Aceitando os progressos

“Vamos aprendendo a lidar com o passar da residência, mas no começo eu tinha uma contratransferência mais intensa assim, né? De julgar como não doente, né?” (R10)

“eu comecei a ficar feliz se a pessoa chega e fala assim, olha desses meses que a gente não se viu eu só me cortei uma vez, e eu falo, sim! Que bom, já é uma vitória!” (R2)

“uma coisa que me marcou muito foi que uma vez falando com o chefe do plantão, mandei uma mensagem dizendo, eu liberei esta paciente, ela esta assim e assim, e tal, espero que ela fique bem! E ele me respondeu, os pacientes com transtorno borderline nunca estão bem (risos), aí tipo, isso marcou assim, e eu não sei o que vou fazer com esta informação, essa é uma informação que está sempre pairando assim, na minha cabeça, e eu respondi, espero que ela não se mate!” (R5)

Podemos considerar uma maior aceitação por parte dos residentes quanto ao próprio processo de amadurecimento durante a formação na residência. Bem como, de considerar e valorizar todos os progressos dos pacientes, mesmo que os considerem “pequenos”.

Categoria 6 – O TPB e a condição humana.

“parece que é uma das patologias da modernidade, a patologia do vazio, né? E aí está o desafio para gente, né? Desenvolver meios para ajudar essas pessoas, mas é difícil!” (R4)

“no border não sei se a pessoa precisa de remédio, ela está num contexto ruim, poh! Eu vou ficar dando remédio para tristeza? Eu vou tratar tristeza? Eu vou tratar, sei lá, luto? Vou tratar perda? Vou tratar pobreza com remédio? (R1)

“a coisa mais angustiante assim, na real, é perceber que assim como no border nossas relações humanas, enquanto humanidades mesmo, estamos tão bizarramente alienados de coisas, penso eu, conseguir se sociabilizar, conseguir ter vínculos, conversar, e isso se direciona para os lugares, assim, e na relação médico-paciente também, né?” (R6)

“...e de acordo com o nosso humor, com nosso bem-estar ou mal-estar, como a gente está, o paciente border é muito sensível, e capta sua condição” (R4)

“eu acho muito importante desde você estar bem, enfim, conseguir dormir melhor, comer melhor estar em um estado melhor, pois o próprio border te faz ficar em uma posição frágil, te coloca no limite, limítrofe igual eles, eles ensinam o tempo inteiro a você ressaltar os próprios limites na assistência” (R15)

A condição do TPB, e o vínculo estabelecido com tais pacientes promove uma reflexão por parte dos residentes, quanto a condição dos vínculos humanos na contemporaneidade. Tais experiências limítrofes também colocam o residente sob uma condição de conhecer os próprios limites.

DISCUSSÃO

De acordo com os achados da presente pesquisa, há especificidades reveladas por meio dos sentidos atribuídos às relações entre os residentes e pacientes com diagnóstico de TPB. Tais vivências estão associadas aos mais diversos níveis de assistência psiquiátrica.

Inicialmente, os médicos são confrontados com o dilema e a frustração diagnóstica nos casos em tratamento. Embora reconheçam que prejulgamentos e preconceitos não devem ser orientadores da prática clínica, acabam considerando que existe tal prática estereotipada no tratamento a indivíduos com TPB, quando comparada a outros transtornos mentais, tais como a esquizofrenia, depressão, TAB entre outros.

As experiências confrontadoras relacionadas a imprevisibilidade do prognóstico do TPB acabam por suscitar sentimentos de angústia e impotência durante o processo clínico. Considerando um estudo (7), que tratou desta experiência, sob a perspectiva dos residentes, os autores apontam que o residente não deve se sentir impelido a agir com o borderline, tentando mitigar ativamente sua angústia, o médico pode ficar tentado, narcisicamente, a assumir um lugar onipotente, acreditando ser o único capaz de “salvar” seu paciente.

Tal manifestação, embora subjetiva, é imensamente poderosa e influi no processo clínico. Balint (13), nos apresenta o conceito da função apostólica do médico, como problematizadora desta experiência. Pois, na busca por encontrar soluções para a condição borderline de personalidade, os residentes veem fragilizada sua posição de poder “apostólico”. Suscitando tais sentimentos de: desânimo, desesperança, angústia e impotência.

Segundo Filho (15), o estudante de medicina tem duas chances de se “curar” do seu narcisismo: o curso médico, e o resto da vida. Para se conscientizar deste longo processo, esforçando-se e fazendo contínuas reflexões. Podemos considerar, tal como apresentado pelos residentes, que os pacientes com TPB são os que mais mobilizam contínuas reflexões sobre o processo terapêutico.

Quando consideradas as fragilidades, o serviço é tido como ineficiente para este tipo de demanda, devido a dinâmica e a periodicidade dos atendimentos ambulatoriais. Os residentes apontam a necessidade de um

serviço de psicoterapia estruturado com maior frequência. Alguns estudos (16-18), tem considerado que programas ambulatoriais intensivos associados a intervenções psicoterapêuticas estruturadas funcionam de forma otimizada. Quando os psiquiatras resistem à tentação de intervir ativamente e, em vez disso, encorajam os pacientes a assumir a responsabilidade pelo gerenciamento de seus próprios problemas. Oferecendo uma alternativa clinicamente sólida e econômica para serviços ambulatoriais tradicionais.

Outra fragilidade percebida está associada a baixa resolatividade do manejo farmacológico, que acaba por se constituir em uma relação “queixa-conduta” variável, mobilizada pelos sintomas extremamente oscilantes na condição *borderline*. Embora existam pesquisas (19-21) que apontem possibilidades, os resultados ainda se mostram incipientes em alguns casos.

Quanto as relações estabelecidas na supervisão de casos clínicos de pacientes com TPB, percebe-se que o envolvimento entre supervisor/residente acaba sendo permeado por uma troca de angústias que foram suscitadas no atendimento clínico. Neste sentido, os residentes são mobilizados, subjetivamente, a escolher um supervisor que acolha tal demanda clínica.

Estudos (7), apontam que a vinculação positiva entre residente e supervisor ajudará a sustentar uma interpretação mais ativa das manifestações contratransferências angustiantes vivenciadas no manejo de pacientes com TPB.

Tal experiência, é vivenciada em uma “linguagem não-dita” da relação residente-supervisor, pois o fenômeno clínico-assistencial leva residente e supervisor a uma condição também “limítrofe” de manejo. Consideramos que tal experiência deve ser compartilhada ativamente, visando manutenção da experiência emocional evocada pelo paciente “*border*”, mitigando impulsos destrutivos à prática clínica e a relação entre residente e seu supervisor.

Sob a perspectiva do vínculo terapêutico, observa-se que a escuta se torna uma ferramenta de acolhimento importando neste momento, menos as palavras e mais a presença. Para Balint (22), o que realmente interessa é a criação e a manutenção de condições, nas quais a elaboração dos eventos possa ocorrer internamente, na mente do paciente e de seu psiquiatra.

Hegenberg (23), considera que o apoio que o *borderline* precisa não é tarefa simples, pois exige reflexão e sutilezas ao longo do processo terapêutico,

aceitando o penoso e vagaroso caminho de constituição, repleto de idas e vindas.

O processo terapêutico é permeado de progressos, embora possam ser considerados “pequenos”, devem ser reconhecidos. Alguns autores (7,24), apontam que as melhorias comportamentais devem ser incentivadas e valorizadas, definindo-se metas realistas de curto prazo para pacientes com TPB. Cabe aos residentes e supervisores monitorarem tal progresso, em direção a metas de longo prazo.

As experiências limítrofes que permeiam o processo terapêutico também mobilizam reflexões a cerca da condição dos vínculos humanos. Segundo Hegenberg (23), o “problema borderline” se inscreve na pós-modernidade como o “vazio do cidadão”, cujo aumento dos casos de depressão, tédio e desesperança, é reflexo também de um tempo permeado de crises existenciais, em razão da solidão provocada pela ruptura da família, dos laços de solidariedade e pelo individualismo crescente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A objetividade deste estudo é alcançada na medida em que os sentidos emergentes deste fenômeno, que é a relação médico-paciente, apresentam variações dos padrões adaptativos, e suas muitas peculiaridades, associadas ao vazio projetado sobre os residentes, a angustia e a impotência clínica percebida.

Embora existam significativas fragilidades relativas ao serviço, ao manejo farmacológico e na supervisão clínica, pode-se considerar que existe significativo interesse pelas demandas subjetivas no intuito de produzir novas possibilidades de manejo de sujeitos que vivenciam tal condição limítrofe.

Independentemente da dinâmica transferencial negativa, os sujeitos são beneficiados no manejo psicoterápico e psiquiátrico ambulatorial, possibilitando ao paciente algum nível de compreensão do significado do sintoma, como também, na aquisição de novas habilidades de regulação das emoções, com ou sem o uso de medicação.

O processo de formação na residência médica, acaba por aprimorar as habilidades deste clínico, que não busca ancorar sua prática apenas sobre o diagnóstico.

Os sentimentos projetados durante o processo clínico, e as reações contratransferências demonstram que o borderline amplia os sentimentos que vivenciamos no íntimo de nossas existências.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DSM-5 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Porto Alegre: Artmed; 2014.
2. Leichsenring F, Leibling E, Kruse J, New AS and Leweke F. Borderline personality disorder. *The Lancet*. 2011; 377(1): 74-84. doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61422-5
3. Keuroghlian AS, Palmer BA, Choi-Kain LW, Borba CP, Links PS, Gunderson JG. The Effect of Attending Good Psychiatric Management (GPM) Workshops on Attitudes Toward Patients With Borderline Personality Disorder. *J Pers Disord*. 2016 Aug;30(4):567-76. doi: 10.1521/pedi_2015_29_206.
4. Jordão AB, Ramires, VR. Adolescência e organização de personalidade borderline: caracterização dos vínculos afetivos. *Paidéia*. 2010, vol.20. No.47, 421-430.
5. Helleman M, Lundh L.G, Liljedahl S.I, Daukantaité D, Westling S. Individuals' experiences with brief admission during the implementation of the brief admission skåne RCT, a qualitative study. *Nord J Psychiatry*. 2018Jul;72(5):380-386.doi:10.1080/08039488.2018.1467966.
6. Dal'pizol, A. et. al. Programa de abordagem interdisciplinar no tratamento do transtorno de personalidade borderline – relato da experiência no ambulatório Melanie Klein do Hospital Psiquiátrico São Pedro. *Revist. de Psiquiatria do RS*. 2003. 25; 42-51. doi.org/10.1590/S0101-81082003000400006.

7. Occhiogrosso M, Auchincloss EL. The Challenge of Treating (and Supervising) Patients with Borderline Pathology in a Residents' Clinic. *Psychodynamic Psychiatry* 2012. 40 (3) 451-468. doi.org/10.1521 / pdps.2012.40.3.451
8. Turato ER. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. 6ª ed. Petrópolis: Vozes; 2013.
9. Pope C, Ziebland S, Mays N. Analysing qualitative data. *BMJ: British Medical Journal*. 2000;320(7227):114-6.
10. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Saturation sampling in qualitative health research: theoretical contributions. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24:17-27. doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003
11. Glaser BG, Strauss AL. *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New Brunswick: Aldine Transaction; 1999.
12. Campos CJG, Turato ER. Content analysis in studies using the clinical-qualitative method: application and perspectives. *Rev. Latino-am. Enfermagem*. 2009; 17(2):259-64.
13. Balint M. *O Médico, Seu Paciente e a Doença*. 2ed. São Paulo – Editora Atheneu. 2005
14. Hofmann B. On the triad disease, illness, and sickness. *Journal of Medicine and Philosophy*, 27 651-673, 2002.
15. Filho J.M. *Identidade Médica: o Normal e o Patológico*. In: *Identidade Médica: implicações históricas e antropológicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.
16. Berthoud L, Kramer U, Caspar F, Pascual-Leone A. Emotional processing in a ten-session general psychiatric treatment for borderline personality disorder: a case study. *Personality and Mental Health*. 2015; 9: 73-75

17. McMain SF, Guimond T, Streiner DL, Cardish RJ, Links PS. Dialectical behavior therapy compared with general psychiatric management for borderline personality disorder: Clinical outcomes and functioning over a 2-year follow-up. *Am J Psychiatry* 2012;169 :650–661
18. Bateman A, Fonagy P. Randomized Controlled Trial of Outpatient Mentalization-Based Treatment Versus Structured Clinical Management for Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry* 2009; 166:1355–1364
19. Limandri BJ. Psychopharmacology for Borderline Personality Disorder. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2018 Apr 1;56(4):8-11. doi: 10.3928/02793695-20180319-01.
20. Bozzatello P, Rocca P, Uscinska M, Bellino S. Efficacy and Tolerability of Asenapine Compared with Olanzapine in Borderline Personality Disorder: An Open-Label Randomized Controlled Trial. *CNS Drugs.* 2017 Sep;31(9):809-819. doi: 10.1007/s40263-017-0458-4.
21. Limandri BJ. Case Study Application for Psychopharmacology with Borderline Personality Disorder. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2018 May 1;56(5):16-19. doi: 10.3928/02793695-20180322-04.
22. Balint M. *A falha básica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
23. Hegenberg M. *Borderline* (coleção clínica psicanalítica) – São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.
24. Bernanke J.; McCommon B. Training in Good Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder in Residency: An Aide to Learning Supportive Psychotherapy for Challenging-to-Treat Patients. *Psychodynamic Psychiatry* 46:2, 181-200, 2018. doi.org/10.1521/pdps.2018.46.2.181

4.4 Artigo 4 - Supervisões de casos de pacientes com transtorno de personalidade borderline: experiências entre supervisores de psiquiatria

RESUMO

Objetivo: descrever as vivências experienciadas entre supervisores de psiquiatria frente a supervisão de casos de TPB em atendimento ambulatorial.

Metodologia: pesquisa qualitativa, por meio de entrevistas semiestruturadas de questões abertas em profundidade, com 5 supervisores de psiquiatria, que atuam junto ao Ambulatório de Psiquiatria Geral de Adultos HC/UNICAMP. A técnica de tratamento de dados foi feita por meio da análise de conteúdo das entrevistas transcritas na íntegra e categorização.

Resultados: no processo de interpretação dos dados, foram escolhidas cinco categorias, a saber: Afetos que afetam; Angústias do residente; “Pântano da experiência”: valorizando conquistas; Habilidades inatas do residente; O “não dito” da supervisão.

Conclusões: a figura de onipotência clínica é colocada como frágil no atendimento às demandas dos pacientes com TPB. O vínculo entre supervisor e residente pode ser compreendido como uma experiência intersubjetiva significativa, auxiliando o residente no manejo de suas angustias e no reconhecimento de suas habilidades humanas essenciais para o vínculo terapêutico. As vivências intersubjetivas entre supervisor e residente se constituem como grande potencial formativo.

Palavras-chave: Transtorno de Personalidade Borderline; Residência Médica; Relação Médico-Paciente

INTRODUÇÃO

O tratamento de pacientes com transtorno de personalidade borderline (TPB) representa um importante problema de saúde pública. Este grupo de pacientes é responsável por cerca de 2% da população (1,2), 15% -20% das internações em hospitais psiquiátricos e clínicas (3,4), 10% -15% dos

atendimentos em serviços de urgência e emergência (5,6) e cerca de 6% dos atendimentos em nível primária (7).

Estudos internacionais apontam que a prevalência de TPB entre pacientes em atendimento ambulatorial varia de acordo com o tipo de serviço, se é especializado em psiquiatria, hospital geral, hospitais escola, entre outros, tais taxas variaram de 8% a 27% (8-10).

Indivíduos com diagnóstico de TPB provavelmente apresentavam distúrbios de humor concomitantes ao longo da vida, transtornos de ansiedade, transtornos por uso de substâncias e outros transtornos de personalidade (6).

Mediante tal dificuldade diagnóstica e de tratamento, tais comorbidades tendem a ampliar os estigmas que permeiam o TPB. Historicamente, alguns casos acabam por ser subdiagnosticado e frequentemente não tratados, levando a uma variedade de respostas clínicas indesejáveis entre pacientes e seus médicos. E quando diagnosticado, o TPB geralmente sinaliza o “paciente difícil” por excelência, achados sugerem que tais pacientes subsequentemente são encaminhados sem cuidados através de uma variedade de meios diretos e indiretos (4;6).

Neste artigo, objetiva-se descrever as vivências experienciadas entre supervisores de psiquiatria frente a supervisão de casos de TPB em atendimento ambulatorial.

Tal *setting* pode ser considerado particularmente desafiador, na medida em que as características psicopatológicas correlatas a instabilidade afetiva e relacional, impulsividade comportamental e sentimentos crônicos de vazio, apresentam-se como desafiadores durante intervenção terapêutica ambulatorial. Nesta medida, residente e seu supervisor veem testadas suas habilidades terapêuticas, treinamento e habilidades contratransferências (4).

MÉTODO

Para se alcançar os objetivos da presente pesquisa, foi utilizado o método clínico-qualitativo, que é o método qualitativo aplicado ao campo da saúde e se propõe a investigar e interpretar os fenômenos nesse campo (11).

Os pesquisadores qualitativos procuram desenvolver um panorama complexo do problema em estudo, não se limitam às estreitas relações de causa

e efeito entre os fatores. Trata-se de relatar múltiplas perspectivas de significados, identificando os muitos fatores envolvidos em um fenômeno observado (11,12).

Coleta de dados

A amostra é composta por supervisores de psiquiatria que atuam na formação docente de residentes de 1º ao 3º ano da especialidade médica, e que atuam junto ao Ambulatório de Psiquiatria Geral de Adultos do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. Trata-se de um hospital de grande porte, alta complexidade e vinculado a Diretoria Regional de Saúde 7 (DSR-7) do estado de São Paulo. Oferecendo cobertura direta para Campinas e outros municípios, que integram uma região de 5 milhões de habitantes.

A amostra (tabela 1) foi intencional e fechada pelo critério de saturação teórica (13,14).

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, com questões abertas em profundidade, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A abordagem para a condução da presente pesquisa foi feita no período de dezembro de 2015 a outubro de 2017. Os dados foram coletados pelo próprio pesquisador por meio das seguintes etapas:

- Fase de coleta: sempre que identificado um sujeito participante em potencial, era feita a primeira abordagem pelo pesquisador. Nesse momento, eram explicados os objetivos da pesquisa e estabelecidas a possibilidade de vínculo e estabelecimento do *rapport*, visando construir uma relação de confiabilidade, empatia e responsabilidade mútua com o sujeito e a minimização de fantasias de persecutoriedade e assimetrias próprias dos papéis entre pesquisador e pesquisado;
- As entrevistas foram realizadas uma única vez com cada participante, nas dependências do ambulatório de psiquiatria do HC-UNICAMP, em ambiente privado entre pesquisador e

entrevistado, para resguardar a ética, privacidade e intimidade do pesquisado;

- Aspectos relacionados à auto-observação do pesquisador, assim como reações emocionais durante as entrevistas foram registradas no diário da pesquisa (caderno de anotações análogo ao diário de campo em pesquisas antropológicas);
- As entrevistas utilizadas para análise foram gravadas em arquivo de áudio, utilizando equipamento eletrônico específico para armazenamento e posterior tratamento de dados.

Foram feitas 5 entrevistas, (tabela 1) totalizando, aproximadamente, 3 horas e 20 minutos de gravação.

Desse modo, os critérios de inclusão dos sujeitos da presente pesquisa foram os seguintes: ser supervisor de psiquiatria, e ter experiência no atendimento e supervisão de casos de transtorno de personalidade borderline.

A composição da amostra por supervisores de psiquiatria que desempenham suas atividades de formação junto ao Ambulatório de Psiquiatria Geral de Adultos.

Análise dos dados

A técnica de tratamento de dados constituiu-se pela análise qualitativa de conteúdo (12,15) do conjunto do material das gravações transcritas na íntegra para categorização segundo os núcleos de significado emergentes das falas, em um rigoroso processo de reflexão e associações com teorias já publicadas na literatura. As categorias relatadas neste artigo passaram por validação externa com especialistas, além da supervisão por pares acadêmicos do Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa UNICAMP, coautores deste artigo.

O referencial teórico reconhecido de Michael Balint (16) foi utilizado para análise, para explorar as dimensões emocionais / psicológicas subjacentes à relação médico-paciente.

Balint descreve o papel do médico como aquele que deve representar, além de uma busca por respostas objetivamente mensuráveis, uma atitude clínica em relação à escuta subjetiva qualificada (16).

Os termos: "*disease*", "*illness*" e "*sickness*", descrito por Hofmann (17) foram usados para explicar como as variações de "não saúde", comumente estabelecidas na relação médico-paciente, que nos permitem entender melhor esse diagnóstico e as relações estabelecidos no processo clínico.

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas UNICAMP, com o nº CAAE 45881014.8.0000.5404.

RESULTADOS

Após processo de validação das entrevistas, a amostra final foi composta por 5 participantes, tal como apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição de participantes quanto ao sexo e experiência profissional, Campinas (2017).

Participantes	Sexo	Experiência Profissional
S1	M	16 anos
S2	M	6 anos
S3	M	9 anos
S4	F	9 anos
S5	M	8 anos

Quantitativamente a experiência profissional dos supervisores perfazem um total de 48 anos de atividades, tais dados correspondem a soma entre a assistência psiquiátrica em consultório somada a experiência em supervisão.

Todos os participantes que constituem a amostra tiveram experiência de atendimento clínico e supervisão psiquiátrica à pacientes com diagnóstico de transtorno de personalidade borderline.

As categorias analisadas passaram por um rigoroso processo metodológico de validação dos resultados e posterior categorização, do qual

participaram o pesquisador e seus pares coautores. Dentre as inúmeras possibilidades e ênfases, foram priorizados os conteúdos que apresentaram afinidade com os objetivos desta pesquisa. Aspectos com conteúdo relevante/inovador no campo da produção científica e para a prática clínica.

No processo de interpretação dos dados, foram escolhidas 5 categorias com trechos das entrevistas para ilustrá-las. A saber: Afetos que afetam; Angústias do residente; “Pântano da experiência”: valorizando conquistas; Habilidades inatas do residente; O “não dito” da supervisão.

Categoria 1 - Afetos que afetam

“são os pacientes que mais nos provocam afetos variados, e quando eu falo afeto não é só os sentimentos que a gente tem, mas afeto que te afeta, então, você não sai indiferente de uma consulta com eles, você sai com incertezas (risos), pois todos nós temos dificuldades em certa medida em lidar com nossos sentimentos, mas eles manifestam isso de uma maneira mais visceral”. (S4)

“nossa conduta está muito longe do suficiente, então, aí acaba com a onipotência sua na lata! Sinto que o paciente olha você e diz, você vai me ajudar, pero no mucho, e não tenta fugir não, que aí você vai só me atrapalhar, então, se é para pegar é para pegar.” (S2)

“tratar borderline fez a seguinte questão na minha formação...(pausa) nada da conta de determinado nível de sofrimento, bom, ou você assume isso e faz o que está possível, ou você vai ficar no autoengano, quase uma coisa de fé! Eu vejo alguns colegas assim, é uma fé religiosa que tem né? De conhecimento quase místico.” (S1)

“a gente perde pacientes, e na faculdade de medicina como um todo, você é treinado a ser, ainda que inconscientemente, a ter

fantasias de onipotência, que são muito estimuladas na graduação, e pacientes como os borderline, põe em xeque sua onipotência” (S3)

A “afetação”, causada durante o processo terapêutico, confronta as habilidades de manejo clínico do supervisor. Tais vivências expõe a impotência médica, e aproximam o clínico à uma experiência de incertezas.

Categoria 2 - Angústia do residente

“a gente fica sempre em uma penumbra com a angústia dos residentes, até para não virar o terapeuta do residente, até porque não é o papel, não faz sentido porque você vai dar nota” (S1)

“Claro que eu não vou fazer consulta com o residente, mas eu tenho que perguntar onde é que estão as angústias mobilizadas nele? Para eu entender onde é que estão as dificuldades de manejo.” (S5)

“é complexo, o residente as vezes estava em uma situação de crise até ontem, não é fazer uma anamnese por que eles não são seus pacientes, mas você tem que saber o estilo de cada residente, como ele funciona e onde estão as dificuldades de manejar as angústias que os casos evocam.” (S4)

“acho que não tem cabimento o R1 ir atender borderline, as vezes na primeira semana! Putz, é a mesma coisa que você pegar um bebê e falar assim: vai voar nesse F15, OK? Vai lá e liga os botões! Não vai dar certo! Vai ser angustiante para ele. Deveria haver uma hierarquização dos casos, e um border deveria vir em um momento mais maduro do residente, já ter vivências, mais traquejo.” (S1)

Os relatos sugerem que o manejo da supervisão passa por uma atitude implicada por parte do supervisor, no reconhecimento de emoções que mobilizem negativamente o desenvolvimento de seus residentes. Compreendendo a residência como um processo progressivo e segmentado, um dos participantes sugere uma “hierarquização dos casos”, que permeiam os 3 anos de formação.

Categoria 3 - “Pântano da experiência”: valorizando conquistas.

“eu acho que as borders te dão um tapa de luva de pelica, de que não adianta se distanciar, ou você vai para o pântano junto com elas, ou você não ajuda elas, então uma das primeiras quebras de paradigma que eu aprendi, é que ela vai te levar para o pântano, então é melhor você guiar a ida ao pântano, pô, vamos para o pântano, mas vamos por aqui, não vamos nos afundar, e é isso, aceitar tais condições como progressos.” (S1)

“ eu vou ter que lidar com frustrações, haverá melhoras, haverá momentos de controle mas haverá momentos que as coisas saem do controle, tento passar isso para os residentes, eu tenho que estar preparado para valorizar pequenas conquistas e para reduzir um pouco as expectativas, porque caso contrário vou sair sempre me sentindo frustrado e impotente” (S5)

“e aí fica naquela coisa vampiresca do border, que suga nossas energias, eu sempre falo isso para os residentes, isso é porque tem muito sofrimento, fazemos muitos esforços junto com o residente, e podemos pensar que não está adiantando nada, bom, não sei, só de a pessoa não ter se matado já está adiantando né? (S2)

“Porque eu sempre falo para os residentes que o borderline é um pântano e as vezes ele afunda e precisa conseguir emergir né? E aí quando ele está muito fundo você interna, põe em um

ambiente protegido para conseguir puxar a pessoa, para ele conseguir ficar boiando no pântano, e a gente pega as vezes algum residente que seja um pouco mais paciente e tal.” (S4)

O processo terapêutico junto a pacientes com TPB, foi associado, de modo figurado, a uma experiência “pantanosa” de assistência. Os entrevistados consideram que embora seja um espaço de difícil percurso, faz-se necessário trilhar por ele, a fim de que resultados possam ser alcançados e valorizados.

Categoria 4 - Habilidades inatas do residente

“para atender border tem que ter habilidade para estabelecer vínculo, porque com alguns residentes se formam relações humanas, e pouco a gente interfere nisso, porque isso é uma capacidade que a pessoa tem ou não tem.” (S1)

“eu acho que o residente que é mais sensível, é aquele que vai ter mais condição de tratar border, quando ele acabou a residência ele sabe claramente quais foram os seus defeitos e o que ele consegue preencher” (S4)

“as vezes os residentes sabem muito de medicina, mas vem muito crus no aspecto relacional, então eu digo para eles, pega tudo o que você sabe de medicina e vamos aprender um pouco diferente, por exemplo, como é que você atende um paciente quando ele começa a ter uma crise de choro? Ou quando ele te ataca? Ou fala que você não vale nada, e que você é só mais um? Então, tudo isso pode acontecer quando se atende pacientes borderline, e passar isso para o residente é muito importante.” (S1)

As habilidades para estabelecer vínculo são vistas pelos supervisores como inatas à condição humana. A exposição do residente a experiências limítrofes, se constitui como um ambiente de aprendizagem e elaboração.

Categoria 5 - O “não dito” da supervisão

“então eu acho que a supervisão é simples, simplória em alguns momentos, pois no fundo estão acontecendo outras coisas ali entre um profissional mais velho e um profissional mais jovem, não está explicitamente naquilo que está sendo conversado. Isso é o desenvolvimento que o caso border traz, para o psiquiatra, e deve ser usado em qualquer transtorno mental” (S1)

“eu não tenho a sensação de ser diferente, é só um momento da vida, é a mesma coisa de estar ali do outro lado, a gente nem fala nada sobre isso, isso ajuda na constituição do residente, os pacientes borderline fazem com que a gente se coloque muito no lugar do residente, tentar transmitir tranquilidade ajuda muito o residente” (S2)

Os relatos sugerem que a supervisão é para além dos momentos de orientação técnica, momento de desenvolvimento mútuo, mobilizado pela empatia e disponibilidade do supervisor.

DISCUSSÃO

Os desafios durante o processo terapêutico à pacientes com TPB causa significativa afetação nos supervisores de psiquiatria. A experiência subjetiva de vazio crônico no paciente borderline, acaba se difundindo na incapacidade do outro se empatizar (18). Os impasses suscitados pela clínica com pacientes borderline exigem reformulações técnicas, no sentido de que o médico deverá passar a reconhecer suas próprias limitações.

Filho (19), considera que alguns médicos se escudam em seu papel profissional, tal prática pode estar associada ao temor de serem vulneráveis.

A formação médica tal como evidenciada neste artigo, suscita na personalidade médica uma postura denomina por Balint (16), como função apostólica do médico, compreendida como: a expressão das atitudes do médico,

e sua quase inabalável ideia sobre o modo como deve se comportar o sujeito enquanto doente.

Tal sentimento de poder “apostólico” é referido entre um dos entrevistados como um autoengano, associado a uma fé médica, que permeia a formação médica, e a condição borderline coloca em “xeque” tais pressupostos.

Neste sentido, o supervisor vê refletida tal afetação na experiência de angústia entre seus residentes. Tal relação contratransferencial médico-paciente se expande para a experiência com o docente.

Alguns autores (20,21) consideram que a atuação do paciente borderline, principalmente associada aos sinais de ideação e tentativas de suicídio, podem ser extremamente angustiantes para os residentes, pois estão em um estágio frágil em sua formação profissional, pois veem expostos seus recursos.

Os supervisores, buscam uma atitude que favoreça o desenvolvimento pessoal e profissional dos residentes, no entanto, existe uma certa dificuldade em estabelecer com os residentes uma relação de igual modo terapêutica.

O reconhecimento das limitações, angústias, crenças e os valores dos supervisores e dos supervisionados tem grande importância durante o processo de formação (21).

As experiências de assistência e supervisão são permeadas por uma experiência também limítrofe, referida como “pantanosa” por alguns entrevistados, tal referência figurada pode ser melhor caracterizada, ao considerarmos em Balint (16), que o vínculo terapêutico é inicialmente uma relação desequilibrada e bilateral. Na medida em que este processo é percorrido existe uma “transferência carregada de emoções”. E a mútua compreensão destes sentimentos guiará o processo terapêutico.

Para tanto, são necessárias habilidades relacionais, que infelizmente, não são privilegiadas, tal como referido por um dos entrevistados: *“como é que você atende um paciente quando ele começa a ter uma crise de choro? Ou quando ele te ataca? Ou fala que você não vale nada, e que você é só mais um?”*

Alguns autores (22,23), associam o humanismo como habilidade inato à profissão médica. Deve-se fazer o residente se interessar pelo paciente, em seus aspectos aparentemente não diretamente associados a uma compreensão

biológica da doença (*disease*), mas pela experiência subjetiva da *illness*, na qual o paciente elabora sua experiência (17).

O reconhecimento do outro, em sua alteridade e a busca de entendimento, é estimulado no residente na medida em que o supervisor se coloca de modo empático em relação ao residente, promovendo nesta medida, verdadeiras experiências de intersubjetividade.

Trata-se de um exercício de aprendizagem, que se dá pela reflexão aprofundada durante o processo de aprimoramento profissional. Especialmente sobre a experiência de supervisão de casos associados ao manejo de pacientes com TPB, o "não dito" também pode "dizer muito".

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados da presente pesquisa demonstram como as experiências de supervisão de casos de pacientes com transtorno de personalidade borderline podem ser complexas, e demandam habilidades relacionais.

O impacto que a assistência ao paciente com transtorno de personalidade borderline tem, sobre a pessoa do residente, torna particularmente aguda a necessidade de uma forma de supervisão que não se restrinja às habilidades psicofarmacológicas, mas que permita o aprimoramento humano do profissional médico.

Sentimentos de angústia e impotência, perpassam a experiência clínica. Desta forma, a equipe de supervisores poderá auxiliar os residentes no acolhimento, suporte emocional do paciente, e na compreensão das emoções contratransferências negativas que tem potencial limitador no processo clínico.

As habilidades de vinculação terapêutica foram manifestadas como imprescindíveis para um bom acompanhamento dos casos, e a aceitação dos progressos conquistados durante o processo clínico. No entanto, tais habilidades relacionais foram compreendidas como inatas à personalidade dos residentes.

O vínculo entre supervisor e residente pode ser compreendido como uma experiência intersubjetiva, o exemplo e expertise do supervisor no manejo das fragilidades presentes no processo clínico constitui-se como de grande potencial formativo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Trull TJ, Jahng S, Tomko RL, et al.: Revised NESARC personality disorder diagnoses: gender, prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders. *J Pers Disord* 2010; 24:412–426
2. Torgersen S: Epidemiology, in *The Oxford Handbook of Personality Disorders*. Edited by Widiger TA. New York, Oxford University Press, 2012, pp 186–205
3. Zimmerman M, Chelminski I, Young D: The frequency of personality disorders in psychiatric patients. *Psychiatr Clin North Am* 2008; 31:405–420
4. Korzekwa MI, Dell PF, Links PS, et al.: Estimating the prevalence of borderline personality disorder in psychiatric outpatients using a two-phase procedure. *Compr Psychiatry* 2008; 49:380
5. Chaput YJA, Lebel MJ: Demographic and clinical profiles of patients who make multiple visits to psychiatric emergency services. *Psychiatr Serv* 2007; 58:335–341
6. Tomko RL, Trull TJ, Wood PK, et al.: Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: comorbidity, treatment utilization, and general functioning. *J Pers Disord* 2014; 28:734–750
7. Gross R, Olfson M, Gameroff M, et al.: Borderline personality disorder in primary care. *Arch Intern Med* 2002; 162:53–60
8. J. Reich, W. Yates, M. Nduaguba. *Prevalence of DSM-III personality disorders in the community*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 24 (1989), pp. 12-16

9. T.A. Widiger, M.M. Weissman. *Epidemiology of borderline personality disorder*. Hosp Community Psychiatry, 42 (1991), pp. 1015-1021
10. O. Bodlund, L. Ekselius, E. Lindstrom. *Personality traits and disorders among psychiatric outpatients and normal subjects on the basis of the SCID screen questionnaire*. Nord J Psychiatry, 47 (1993), pp. 425-433
11. Turato ER. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. 6ª ed. Petrópolis: Vozes; 2013.
12. Pope C, Ziebland S, Mays N. Analysing qualitative data. *BMJ: British Medical Journal*. 2000;320(7227):114-6.
13. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Saturation sampling in qualitative health research: theoretical contributions. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24:17-27. doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003
14. Glaser BG, Strauss AL. *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New Brunswick: Aldine Transaction; 1999.
15. Campos CJG, Turato ER. Content analysis in studies using the clinical-qualitative method: application and perspectives. *Rev. Latino-am. Enfermagem*. 2009; 17(2):259-64.
16. Balint M. *O Médico, Seu Paciente e a Doença*. 2ed. São Paulo – Editora Atheneu. 2005
17. Hofmann B. On the triad disease, illness, and sickness. *Journal of Medicine and Philosophy*, 27 651-673, 2002.
18. Kernberg O. *Psicoterapia psicodinâmica de pacientes borderline*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

19. Filho J.M. *Identidade Médica: o Normal e o Patológico*. In: *Identidade Médica: implicações históricas e antropológicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.
20. Occhiogrosso M, Auchincloss EL. The Challenge of Treating (and Supervising) Patients with Borderline Pathology in a Residents' Clinic. *Psychodynamic Psychiatry* 2012. 40 (3) 451-468. doi.org/10.1521 / pdps.2012.40.3.451
21. Bernanke J.; McCommon B. Training in Good Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder in Residency: An Aide to Learning Supportive Psychotherapy for Challenging-to-Treat Patients. *Psychodynamic Psychiatry* 46:2, 181-200, 2018. doi.org/10.1521/pdps.2018.46.2.181
22. González-Blasco P. O humanismo médico: em busca de uma humanização Sustentável da medicina. *RBM*. 2011 abr;.68:4-12.
23. Giglio A. Medicina e humanismo. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2007, 53 (3): 191-192.

5. DISCUSSÃO GERAL

“[...]Até cortar os próprios defeitos pode ser perigoso – nunca se sabe qual é o defeito que sustenta nosso edifício inteiro.”

Clarice Lispector⁵⁶

A nossa existência é permeada de incertezas, medos e perigos. Clarice Lispector, nos ajuda a simbolizar estas experiências, e a nos aproximar de tal realidade.

Neste sentido, Balint ⁽⁸⁾ apresenta algumas reflexões interessantes que devem ser incorporadas a prática médica. Ele afirmou que, se um médico faz perguntas a fim de construir uma história médica, ele sempre obterá respostas, mas quase nada mais. Antes que ele seja capaz de alcançar um diagnóstico “mais profundo”, ele deve aprender a ouvir. Essa habilidade é uma nova habilidade, exigindo uma mudança considerável, ainda que limitada, na personalidade do médico.

Para Balint ⁽⁸⁾ o ato da consulta, e o dar e receber de uma prescrição, parecia constituir a sua própria razão de ser, sendo a consulta, nesta medida, a primeira medicação e o médico o primeiro medicamento.

Durante as primeiras incursões de observação e aculturação (artigo 1), reconhecemos que o diagnóstico psiquiátrico da *disease* (TPB), e o desenvolvimento da ciência psiquiátrica se fazem importantes e auxiliam na possibilidade de reconhecimento de alguns sintomas da estrutura de personalidade.

No entanto, o ato de ouvir qualificadamente nos aproxima dos medos, incertezas e perigos, aos quais o indivíduo Borderline está sensivelmente exposto. E para que o psiquiatra possa compreender as manifestações da *sickness* e da *illness*, ele precisará se implicar no estudo e no exercício de suas habilidades humanas.

Tais intensões não pairam sobre um terreno utópico, pois pesquisadores ⁽⁵⁷⁻⁵⁹⁾ tem se dedicado ao estudo e aplicação de oficinas em *settings* ambulatoriais, que mobilizem boas práticas no manejo à pacientes diagnosticados com TPB.

Os psiquiatras participantes (n=297), mostraram uma diminuição em sua crença de que o prognóstico para a DBP é sem esperança, diretamente relacionado à ênfase dos treinamentos. Ao utilizarem a expressão artística e o compartilhamento de frustrações e conquistas entre indivíduos diagnosticados com TPB. Os psiquiatras concluíram as oficinas com um maior sentimento de competência profissional, e acreditam que podem fazer uma diferença positiva na vida dos pacientes ⁽⁵⁷⁾.

Os residentes e supervisores entrevistados, salientam as fragilidades que o serviço ambulatorial o qual estão inseridos possui. No sentido de estarem promovendo um atendimento muito sintomatológico e farmacológico. Os entrevistados, consideram que um serviço melhor estruturado, com uma maior frequência de atendimentos, e com uma equipe multiprofissional, iriam obter respostas terapêuticas mais eficazes.

Segundo Unruh⁽⁵⁹⁾ esses avanços pavimentam coletivamente um caminho mais claro para equipar a próxima geração de psiquiatras. Para atender as necessidades de um tratamento generalista e amplamente eficaz no atendimento de pacientes com TPB.

No entanto, o atual sistema de treinamento em residência parece estar pouco alinhado com esse imperativo de assistência psiquiátrica. Previsivelmente, existe heterogeneidade significativa no que e como os residentes são realmente ensinados.

Alguns autores ^(59,60), consideram algumas críticas, centradas no programa de residência, na infraestrutura e nos próprios residentes. Sendo: viés ou desinformação da faculdade sobre a importância e prognóstico ou tratabilidade; falta de conhecimento do corpo docente/supervisores, sobre abordagens eficazes de tratamento generalista; ausência de diretrizes de treinamento e abordagens psicossociais; falta de interesse frente aos desafios do tratamento do TPB, entre outros. Segundo os autores, tais itens se constituem como desafios para implementação de programas mais efetivos de assistência ambulatorial.

Os pacientes passavam a valorizar o grupo como um lugar onde se sentem ouvidos e entendidos. Tal tratamento em grupo visa explorar e esclarecer os sintomas de modo apropriado, apresentando lentamente os desafios relacionais ⁽⁶²⁾. A incorporação de um serviço ambulatorial estruturado

para pacientes borderline, associado ao manejo psicoterápico, constituem-se como práticas exitosas.

Um dos exemplos mais citados na literatura é o de Blum⁽⁵⁸⁾, no desenvolvimento de um programa de tratamento, para familiares, amigos e pacientes em atendimento ambulatorial, combinando elementos cognitivos comportamentais com treinamento de habilidades, o STEPPS.

O programa envolve 20 sessões semanais de 2 horas com dois co-facilitadores que seguem um plano de aula detalhado. Os participantes recebem um pacote de materiais a cada semana, incluindo uma agenda e tarefas de casa. STEPPS é baseado em sistemas em que os profissionais de saúde são educados sobre transtorno de personalidade borderline e instruídos sobre a melhor forma de interagir com seu paciente ⁽⁵⁸⁾.

O programa STEPPS tem três componentes principais: 1) psicoeducação sobre transtorno de personalidade borderline; 2) treinamento em habilidades de gerenciamento de emoções; e 3) treinamento em habilidades de gerenciamento comportamental ⁽⁵⁸⁾.

Os achados da revisão sistemática (artigo 2), sustentam tal posição, pois os artigos sugerem que pacientes que frequentaram reuniões de grupo terapêutico intensivo, se familiarizaram e aprendem com os detalhes das vidas de cada um dos componentes do grupo ^(60,61).

O papel ativo do residente, e o manejo das manifestações transferenciais evidenciados no artigo 3, podem facilitar a vinculação do paciente, bem como a adesão ao tratamento proposto. Desde que, o médico possa aceitar os progressos do paciente e seus momentos de não compreensão do projeto terapêutico.

O sentimento de onipotência médica e o exercício de sua função apostólica ⁽⁸⁾, podem ser obstáculos para o desenvolvimento de tais habilidades terapêuticas. Pois as experiências confrontadoras relacionadas a imprevisibilidade do prognóstico do TPB acabam por suscitar sentimentos de angústia e impotência durante o processo clínico.

Podemos considerar que o paciente borderline mobiliza a equipe para uma condição fronteira e “pantanosa” da experiência humana, neste sentido, uma prática psiquiátrica implicada na valorização da experiência subjetiva da doença (*illness*), deve ser o campo privilegiado de atuação do psiquiatra.

Desprendendo-se, de uma prática clínica ancorada em uma materialidade psicofarmacológica de manejo.

Para Ortega e Zorzanelli ⁽⁶³⁾, a abordagem estritamente biomédica na contemporaneidade tem limitado compreensão de aspectos subjetivos, que também estão relacionados a doenças, mas não podem ser visualizados por nenhuma tecnologia.

Rios (64), apresenta que o reflexo das dificuldades atuais da relação eu-outro projetadas sobre a relação médico-paciente, aponta para relações humanas defendidas e instrumentais. Segundo a autora, o estudo dessas relações está na base da produção de conhecimento e prática das chamadas humanidades médicas.

Neste estudo inferimos que a compreensão de tais habilidades médicas, deva passar por uma compressão conceitual sobre as articulações dos conceitos de doença (*disease, illness e sickness*), que permeiam o processo clínico à pacientes com TPB, mais do que em qualquer outra estrutura diagnóstica na psiquiatria.

A resistência a tais mudanças, pode impelir o médico a prática do que Balint ⁽⁸⁾ denominará “conluio do anonimato”, onde as energias investidas sem responsabilização geram o desgoverno da situação, fragilizando-se nesta medida o processo clínico.

Mobilizados por uma cultura médica fortemente narcísica, tal conluio pode se ampliar, nas relações desresponsabilizadas, estabelecidas na supervisão clínica, assim como discutido no artigo 3. Filho ⁽⁴⁸⁾, nos apresenta que o estudante de medicina tem duas chances de se “curar” do seu narcisismo: o curso médico, e o resto da vida. Para se conscientizar deste longo processo, esforçando-se e fazendo contínuas reflexões.

Balint ⁽⁸⁾, nos apresenta que o médico deve ser estimulado a pensar nas próprias emoções e sentimentos, e no sentido das reações e atitudes que se desenvolvem durante o processo clínico.

Os resultados desta pesquisa corroboram o que apontou Balint, pois os participantes referiam que o próprio bem-estar era uma condição necessário para um atendimento efetivo. Tais experiências limítrofes de atendimento a indivíduos com TPB, colocam o residente sob uma condição de conhecer os

próprios limites (físicos e mentais). E cabe ao supervisor auxiliar o residente na identificação de tais possibilidades e/ou fragilidades na assistência.

Mesmos em meio a críticas, relativas ao serviço e aos recursos farmacológicos, residentes e supervisores apontaram conquistas terapêuticas alcançadas durante o processo clínico. A valorização progressiva das habilidades emocionais adquiridas pelo paciente motiva a equipe, e ajuda a contrapor os sentimentos de frustração, impotência e angústia que podem permear a experiência terapêutica.

Alguns autores ^(57,65), apontam que as melhorias comportamentais devem ser incentivadas e valorizadas, definindo-se metas realistas de curto prazo para pacientes com TPB. Cabe aos residentes e supervisores monitorarem tal progresso, em direção a metas de longo prazo.

Embora sejam articuladas formas de tratamento, e identificação precoce dos comportamentos de risco aos casos de TPB, o conceito de uma personalidade patológica ainda é uma estrutura diagnóstica que causa certo desconforto para alguns psiquiatras entrevistados. Mesmo quando consideradas as variações comportamentais e os prejuízos psicossociais evidentes deste transtorno. Pois por definição ⁽¹⁹⁾, personalidade pode ser compreendida como: “padrões duradouros de perceber, relacionar-se e pensar, envolvendo o ambiente ao redor e a si mesmo.” (p.628)

Recorro a interpretação de Lispector ⁽⁶⁷⁾, ao descrever: “Eu chegara ao nada, e o nada era vivo e úmido”. Tal experiência viva e úmida nos remete ao que foi referido por um dos entrevistados: *“vamos para o pântano, mas vamos por aqui, não vamos nos afundar, e é isso, aceitar tais condições como progressos.”*

Precisamos aceitar que nossas personalidades são mutáveis, e vivemos igualmente: as angústias, o medo do abandono, do desprezo, da necessidade de reciprocidade, e em certa medida até do vazio existencial. Ao compreender tais aspectos na clínica de pacientes com TPB, e os progressos possíveis que permeiam tais vidas úmidas e pantanosas, conseguiremos promover uma assistência psiquiátrica com mais dignidade e resolutividade.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise, e dos aprofundamentos das vivências dos residentes e supervisores de psiquiatria, considera-se que a objetividade deste estudo é alcançada. Foi possível explorar e compreender os sentidos emergentes deste fenômeno, que é a relação médico-paciente.

Em ambos os grupos, houveram variações dos padrões adaptativos e suas muitas peculiaridades, associadas aos sentimentos de: angustia, impotência e frustração. Relacionados a imprevisibilidade prognóstica e a manifestação intrusiva da personalidade do paciente borderline

Os programas ambulatoriais, que associam manejo psiquiátrico especializado, intervenções associadas a mentalização ou de ordem comportamental dialética, oferecem uma alternativa clinicamente sólida e econômica para serviços ambulatoriais tradicionais. Tais iniciativas podem ser o tratamento de escolha para pacientes com transtorno de personalidade borderline.

No que se refere a experiência dos residentes, algumas limitações relativas a dinâmica do serviço ambulatorial foram apontadas como de baixa resolutividade terapêutica, tais como as limitações de supervisão, de recursos terapêuticos disponíveis, da frequência de atendimentos e a baixa eficácia sintomatológica das medicações. Embora reconheçam que é necessário valorizar as habilidades adquiridas, associadas a regulação das emoções em indivíduos com TPB.

No entanto, progressos clínicos foram alcançados, quando o vínculo terapêutico e a escuta eram intencionalmente propostos pelo residente, em uma experiência que vai além do diagnóstico, mas para uma experiência humana compartilhada. Os resultados enfatizam, sobretudo, o desenvolvimento de atitudes e valores humanos, aliados aos conhecimentos técnicos, sendo capazes de desempenhar uma assistência psiquiátrica integral.

Em relação a supervisão clínica, pode-se considerar que a vinculação positiva entre residente e supervisor tem potencial terapêutico, mediante as manifestações contratransferências angustiantes. Consideramos que o

supervisor pode auxiliar o residente a sustentar de modo mais ativo as frustrações decorrentes do processo clínico.

Depreende-se, que é de fundamental importância o aprimoramento das práticas clínicas ambulatoriais. Em um espaço psicoterapêutico na qual os pacientes com TPB possam dar legitimidade a suas questões pessoais e, por meio do autoconhecimento, possam sustentar a angustia inerente a condição limítrofe de personalidade.

Portanto, dada a falta de disponibilidade de tratamentos efetivos para o transtorno de personalidade borderline em nível ambulatorial, existem várias direções para pesquisas futuras. Uma das direções possíveis é modelar programas multidisciplinares, a semelhança dos estudos apontados nesta tese, que ajudariam a detectar diferentes padrões de resposta ao tratamento.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Amarante, P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
2. Foucault, M. História da Sexualidade Vol. II: o uso dos prazeres. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
3. Marinker M. Why make people patients? Journal of Medical Ethics. 1975; 1(2):81-84.
4. Rosenberg, C.E. Disease in History: Frames and Framers, The Milbank Quarterly, Vol. 67, Sup 1. *Framing Disease: The Creation and Negotiation of Explanatory Schemes*, 1989.
5. Kleinman A. The illness narratives: suffering, healing, and the human condition. New York: Basic Books; 1988.
6. Fox, R. *Illness*. In *International Encyclopaedia of the Social Sciences*, ed. Sills, D. L. 7, 90-96. New York: Free Press! Macmillan. 1968
7. Miyashiro, G M. Resenha - The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition por Arthur Kleinman, Basic Books, Inc., New York, 1988. In *Cad. Saúde Pública*, RJ. 1991; 7(3): 430-435.
8. Balint M. *O Médico, Seu Paciente e a Doença*. 2ed. São Paulo – Editora Atheneu. 2005
9. Perestrello D. A medicina da pessoa. Rio de Janeiro: Atheneu, 1989.
10. Sigerist, H. *The special position of the sick (transl. R.Connell)*. In *Sigerist on the Sociology of Medicine (ed. M. I. Roemer and E. Henry)*, pp. 9-22. MD Publications: New York. York. 1929

11. Helman, C.G. Disease versus illness in general practice. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, September. 1981
12. Alves, PC. A fenomenologia e as abordagens sistêmicas nos estudos sócio-antropológicos da doença: breve revisão crítica. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006; 22(8), 1547-1554. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800003>
13. Hofmann B. On the triad disease, illness, and sickness. *Journal of Medicine and Philosophy*, 27 651-673, 2002.
14. Dalgalarrrondo, Paulo e Vilela, Wolgrand Alves. Transtorno limítrofe: história e atualidade. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. 1999; 2 (2), 52-71. <https://dx.doi.org/10.1590/1415-47141999002004>
15. Sadock, Benjamin J. Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica [recurso eletrônico]/ Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock, Pedro Ruiz – 11. ed. – Porto Alegre : Artmed, 2017.
16. Organização Mundial da Saúde. Manual de classificação internacional de doenças, lesões e causas de óbitos; 9ª revisão 1975. São Paulo: Centro da OMS para Classificação de Doenças em Português; 1978.
17. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III). Arlington, VA: American Psychiatric Association, 1980.
18. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV). Arlington, VA: American Psychiatric Association, 1994.

- 19.AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V). Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.
- 20.Kaplan HI and Sadock BJ. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*/VI. 6.ed. Nova York: Williams & Wilkins; 1999.
- 21.Leichsenring F, Leibing E, Kruse J, New AS and Leweke F. Borderline personality disorder. *The Lancet*. 2011; 377(1): 74-84.
- 22.Distel MA, Trull TJ, Derom CA, Thiery EW, Grimmer MA, Martin NG, et al. Heritability of borderline personality disorder features is similar across three countries. *Psychol Med* 2008; 38: 1219–29
- 23.Ritschel, L. A. and Kilpela, L. S. Borderline Personality Disorder. In *The Encyclopedia of Clinical Psychology*. 2014. (eds R. L. Cautin and S. O. Lilienfeld). doi:10.1002/9781118625392.wbecp478
- 24.Shaikh U, Qamar I, Jafry F, Hassan M, Shagufta S, Odhejo YI, Ahmed S. Patients with Borderline Personality Disorder in Emergency Departments. *Frontiers in Psychiatry* 2017. 8: 136. doi:10.3389/fpsyt.2017.00136
- 25.Skodol, A. E. , Grilo, C. M. , Keyes, K. M. , Geier, T. , Grant, B. F. , & Hasin, D. S.Relationship of personality disorders to the course of major depressive disorder in a nationally representative sample. *American Journal of Psychiatry*. 2010; **168**, 257–264. doi: 10.1176/appi.ajp.2010.10050695
- 26.Harned, M. S. , Rizvi, S. L. , & Linehan, M. M. Impact of co-occurring posttraumatic stress disorder on suicidal women with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2010; **167** , 1210–1217. doi:10.1176/appi.ajp.2010.09081213

27. Grant, B. F. , Chou, S. P. , Goldstein, R. B. , Huang, B. , Stinson, F. S. , Ruan, W. J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2008; 69, 533–545.

28. Borschmann R, Henderson C, Hogg J, Phillips R, Moran P. Crisis interventions for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev* (2012) 6:CD009353. doi:10.1002/14651858.CD009353.pub2

29. Clivaz E, Chauvet I, Zullino D, Niquille M, Maris S, Cicotti A, et al. Topiramate and panic attacks in patients with borderline personality disorder. *Pharmacopsychiatry*. 2008; 41(2):79. doi:10.1055/s-2007-993214

30. Simpson EB, Yen S, Costello E, Rosen K, Begin A, Pistorello J, et al. Combined dialectical behavior therapy and fluoxetine in the treatment of borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry*. 2004; 65(3):379–85. doi:10.4088/JCP.v65n0314

31. American Psychiatric Association. *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Borderline Personality Disorder*. 2001

32. Fagin L. Management of personality disorders in acute in-patient settings. Part 1: borderline personality disorders. *Adv Psychiatr Treat* (2004) 10:93–9. doi:10.1192/apt.10.2.100

33. Sledge W, Plakun EM, Bauer S, Brodsky B, Caligor E, Clemens NA, et al. Psychotherapy for suicidal patients with borderline personality disorder: an expert consensus review of common factors across five therapies. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul* (2014) 1:16. doi:10.1186/2051-6673-1-16

34. Bernhardt K, Friege L, Gerok-Falke K, Aldenhoff JB. [In-patient treatment concept for acute crises of borderline patients on the basis of dialectical-behavioral therapy]. *Psychother Psychosom Med Psychol* (2005) 55(9–10):397–404. doi:10.1055/s-2005-866884

35. Stoffers J. M., Voellm, B. A., Rücker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012, Aug 15;(8):CD005652. doi: 10.1002/14651858.CD005652.pub2.

36. Keuroghlian AS, Palmer BA, Choi-Kain LW, Borba CP, Links PS, Gunderson JG. The Effect of Attending Good Psychiatric Management (GPM) Workshops on Attitudes Toward Patients With Borderline Personality Disorder. *J Pers Disord*. 2016 Aug;30(4):567-76. doi: 10.1521/pedi_2015_29_206.

37. Cristea I. A., Gentili, C., Cotet, C. D., Palomba, D., Barbui, C., & Cuijpers, P. Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: A systematic review and metaanalysis. *Jama psychiatry*. 2017, Apr. 74(4), 319-328. doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.4287

38. Stoffers J. M., Voellm, B. A., Rücker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012, Aug 15;(8):CD005652. doi: 10.1002/14651858.CD005652.pub2.

39. Balint M. *A falha básica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

40. Romaro. RA. *Psicoterapia breve dinâmica com pacientes borderline: uma proposta viável*. 2ed. São Paulo – Casa do Psicólogo. 2013

41. Kernberg O. Borderline Personality Organization. *J Am Psychoanal Assoc*. 1967. 15 (3), 641 – 685
<https://doi.org/10.1177/000306516701500309>


42. Bergeret J. Fraqueza e violência no drama do depressivo contemporâneo. In BERGERET J. & REID W. (orgs.) *Narcisismo e estados-limite*. Lisboa: Escher, 1991.
43. Green A. *Genèse et situation des états limites*. In ANDRÉ J.(org) Les états limites. Paris: PUF, 1999.
44. Gunderson, J. G. (2009). Borderline personality disorder: Ontogeny of a diagnosis. *American Journal of Psychiatry*, 2009; 166, 530–539. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.08121825
45. Aviram, R. B., Brodsky, B. S, & Stanley, B. Borderline personality disorder, stigma, and treatment implications. *Harvard Review of Psychiatry*. 2006, 249–256. doi:10.1080/10673220600975121
46. Romaro. RA. *Psicoterapia breve dinâmica com pacientes borderline: uma proposta viável*. 2ed. São Paulo – Casa do Psicólogo. 2013
47. Sandra H. Sulzer, Dr., Elizabeth Meunchow, Ms., Annabelle Potvin, Ms., Jessica Harris, Ms., and Grant Gigot, Mr. Improving Patient-Centered Communication of the Borderline Personality Disorder Diagnosis. *J Ment Health*. 2016; 25(1): 5–9.
48. Filho, J.M. *Identidade Médica: implicações históricas e antropológicas* – São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.
49. Foucault, M. *O Nascimento da Clínica*, Rio de Janeiro: Editora Forense - Universitária. 1980.
50. Agamben, G. *Homo Sacer: o poder soberano e a vida nua*. H. Burigo (Trad.). Belo Horizonte: Editora UFMG. 2007.

51. Turato ER. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. 6ª ed. Petrópolis: Vozes; 2013.
52. Fontanella BJB, Campos CJG, Turato ER. Data collection in clinical qualitative research: use of non-directed interviews with open-ended questions by health professionals. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2006;14(5):812-20.
53. Minayo MCS. Scientificity, generalization and dissemination of qualitative studies. *Cienc Saude Colet*. 2017; 22(1): 16 – 7.
54. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisa qualitativa em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24:17-27.
55. Pope C, Ziebland S, Mays N. Analysing qualitative data. *BMJ: British Medical Journal* 2000; 320(7227):114-6.
56. Clarice Lispector. 'Carta', em "Correspondências", de Clarice Lispector. [organização Teresa Montero]. 1ª ed., – Rio de Janeiro: Rocco, 2015.
57. Keuroghlian AS, Palmer BA, Choi-Kain LW, Borba CP, Links PS, Gunderson JG. The Effect of Attending Good Psychiatric Management (GPM) Workshops on Attitudes Toward Patients with Borderline Personality Disorder. *J Pers Disord*. 2015; 30(4):567-76.
58. Blum N, St John D, Pfohl B, Stuart S, Mc-Cormick B, Allen J, Black DW. Systems training for emotional predictability and problem solving (STEPPS) for outpatients with borderline personality disorder: A randomized controlled trial and 1-year follow-up. *American Journal of Psychiatry*. 2008; 165:468–478.
59. Unruh, T., Brandon, and John G. Gunderson. "'Good Enough" Psychiatric Residency Training in Borderline Personality Disorder". *Harvard Review*

- of *Psychiatry*, vol. 24, no. 5, September/October 2016, pp. 367–377. doi: 10.1097/HRP.000000000000119.
60. Berthoud L, Kramer U, Caspar F, Pascual-Leone A. Emotional processing in a ten-session general psychiatric treatment for borderline personality disorder: a case study. *Personality and Mental Health*. 2015; 9: 73-75
 61. McMain SF, Guimond T, Streiner DL, Cardish RJ, Links PS. Dialectical behavior therapy compared with general psychiatric management for borderline personality disorder: Clinical outcomes and functioning over a 2-year follow-up. *Am J Psychiatry* 2012;169 :650–661
 62. Bateman A, Fonagy P. Randomized Controlled Trial of Outpatient Mentalization-Based Treatment Versus Structured Clinical Management for Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry* 2009; 166:1355–1364
 63. Ortega F; Zorzanelli R. *Corpo em evidência: a ciência e a redefinição do humano*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2010.
 64. Rios IC. Humanidades Médicas como Campo de Conhecimento em Medicina. *Rev. bras. educ. med.* 2016; 40(1): 21-29. <http://dx.doi.org/10.1590/198152712015v40n1e01032015>.
 65. Occhiogrosso M, Auchincloss EL. The challenge of treating (and supervising) patients with borderline pathology in a residents' clinic. *Psychodyn Psychiatry*. 2012 Sep;40(3):451-68.
 66. Canesqui AM. A medicalização da vida como estratégia de biopolítica. *Ciênc. saúde coletiva*. 2015; 20 (6): 1961-1962.
 67. Lispector C. *A paixão segundo G.H.* Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1995.

8. ANEXOS

Anexo I – Aprovação CEP

<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNICAMP - CAMPUS CAMPINAS </div> <div style="text-align: right;">  </div> </div>												
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP												
<p>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</p> <p>Título da Pesquisa: SENTIDOS DOS MANEJOS DESENVOLVIDOS FRENTE A PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE PERSONALIDADE BORDERLINE RELATADOS POR EQUIPE DE SAÚDE MENTAL EM AMBULATÓRIO PSIQUIÁTRICO UNIVERSITÁRIO ESPECIALIZADO: UM ESTUDO QUALITATIVO</p> <p>Pesquisador: Diego Alexandre Rozendo da Silva</p> <p>Área Temática:</p> <p>Versão: 2</p> <p>CAAE: 45881014.8.0000.5404</p> <p>Instituição Proponente: Hospital de Clínicas da UNICAMP</p> <p>Patrocinador Principal: Financiamento Próprio</p> <p>DADOS DO PARECER</p> <p>Número do Parecer: 1.165.847</p> <p>Data da Relatoria: 09/07/2015</p> <p>Apresentação do Projeto:</p> <p>Este projeto tem como recorte de investigação analisar os manejos de pacientes com diagnóstico de transtorno de personalidade borderline, colocando-se em discussão de modo particularizado as facilitações /ou barreiras terapêuticas relatadas por equipe médica e de enfermagem no ambulatório universitário de psiquiatria, valendo-se, para isso, da metodologia clínico-qualitativa.</p> <p>Objetivo da Pesquisa:</p> <p>Objetivo geral: Discutir os significados e as vivências na relação entre profissionais médicos e de enfermagem no manejo de paciente com transtorno de personalidade borderline em atendimento psiquiátrico ambulatorial. Sujeitos e recursos metodológicos: O método adotado para a realização desta pesquisa é o clínico-qualitativo. Para a coleta de dados, serão utilizadas entrevistas semidirigidas com questões abertas, precedidas de entrevistas de aculturação para familiarização do entrevistador com o setting, os entrevistados e os temas. Os sujeitos, serão integrantes da equipe médica e de enfermagem do ambulatório de psiquiatria do HC-Unicamp. Após a assinatura do Termo de Consentimento, serão realizadas entrevistas semidirigidas de questões abertas. Tais entrevistas serão transcritas para futuro tratamento dos dados, incluindo releituras flutuantes e busca de</p>												
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="2">Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Bairro: Barão Geraldo</td> <td></td> <td>CEP: 13.083-887</td> </tr> <tr> <td>UF: SP</td> <td>Município: CAMPINAS</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Telefone: (19)3521-8936</td> <td>Fax: (19)3521-7197</td> <td>E-mail: cep@fcm.unicamp.br</td> </tr> </table>	Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126			Bairro: Barão Geraldo		CEP: 13.083-887	UF: SP	Município: CAMPINAS		Telefone: (19)3521-8936	Fax: (19)3521-7197	E-mail: cep@fcm.unicamp.br
Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126												
Bairro: Barão Geraldo		CEP: 13.083-887										
UF: SP	Município: CAMPINAS											
Telefone: (19)3521-8936	Fax: (19)3521-7197	E-mail: cep@fcm.unicamp.br										

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNICAMP - CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 1.165.847

núcleos de sentido que correspondam aos pressupostos levantados. Os resultados serão discutidos sob quadro de referencial teórico da Psicologia Médica. Espera-se que as conclusões publicadas sejam úteis para profissionais de saúde mental em seu manejo clínico. Para a coleta de dados, estão sendo utilizadas entrevistas semidirigidas com questões abertas, precedidas de entrevistas de aculturação para familiarização do entrevistador com o setting, os entrevistados e os temas. Sobre as entrevistas, iniciam-se com uma questão disparadora, e as que se seguem são formuladas de modo que ao entrevistado seja possível relatar suas questões, frustrações, medos e sentimentos/pensamentos em geral, num caráter exploratório. Tamanho da amostra: 20 As entrevistas acontecem no próprio ambulatório de psiquiatria, nos dias em que os entrevistados já estariam lá para acompanhar os pacientes nas consultas (11). Técnica de tratamento dos dados: Será realizada uma entrevista que poderá durar cerca de

01 (uma) hora e, se necessário, uma segunda entrevista para complementação. O participante será convidado(a) a falar espontaneamente sobre o assunto de saúde proposto pelo(a) entrevistador(a) para que o objetivo deste estudo seja alcançado. Não há respostas certas ou erradas, mas o(a) pesquisador(a) está interessado(a) saber como você entende que as coisas acontecem. A entrevista é individual e ocorrerá num recinto reservado para garantir a privacidade da conversa. Os registros (gravações, anotações) feitos durante a entrevista ficarão sob sigilo, não sendo divulgados. Depois de gravadas, as entrevistas serão transcritas e inicialmente serão feitas as ditas leituras flutuantes, "que não devem privilegiar, aprioristicamente, nenhum dos elementos discursivos".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Não haverá riscos aos participantes deste estudo.

Benefícios: Poderá não haver benefícios diretos ou imediatos para o participante, no entanto, futuramente esperam-se mudanças na melhora aos cuidados prestados aos pacientes com transtorno de personalidade borderline.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa importante para a compreensão dos significados e vivências das pessoas que prestam cuidados médicos e de enfermagem à paciente diagnosticada com transtorno de personalidade borderline, considerando que, pacientes com diagnóstico de transtorno de personalidade borderline induzem os profissionais ao enfrentamento de suas próprias situações-limite.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta folha de rosto devidamente assinada pelo superintendente do HC. Apresenta

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126		
CEP: 13.063-887		
UF: SP	Município: CAMPINAS	
Telefone: (19)3521-8936	Fax: (19)3521-7187	E-mail: cep@fcm.unicamp.br

**COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA DA UNICAMP -
CAMPUS CAMPINAS**



Continuação do Parecer: 1.165.847

introdução, hipótese, objetivo, riscos e benefícios, cronograma e orçamento, TCLE.

Recomendações:

Considerando o número de participantes na pesquisa, o número de pessoas que atuam neste departamento, e as relações que o grupo de estudo estabelece com estes profissionais, nas atividades do departamento. Pergunto se existe a possibilidade de algum participante (médico, residente, enfermeira) ser identificado nas discussões, infringindo a garantia de sigilo? Quantas enfermeiras existem no ambulatório? Entrevista será realizada no local de trabalho, etc

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Esclarecer no orçamento qual a fonte da origem do custeio.

Resposta: Segundo o pesquisador os custos serão viabilizados pelo próprio pesquisador

No TCLE incluir a informação que os riscos existem mas são mínimos, pois não existe pesquisa sem algum grau de risco.

Resposta: No TCLE atual consta a informação que os riscos são mínimos.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

- O sujeito de pesquisa deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado.

- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.063-887
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNICAMP - CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 1.165.847

ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes.

- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.

- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.

- Lembramos que segundo a Resolução 466/2012, item XI.2 letra e, "cabe ao pesquisador apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento".

CAMPINAS, 31 de Julho de 2015

Assinado por:
Renata Maria dos Santos Celeghini
(Coordenador)

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126			
Bairro: Barão Geraldo			CEP: 13.063-887
UF: SP	Município: CAMPINAS		
Telefone: (19)3521-8936	Fax: (19)3521-7187	E-mail: cep@fcm.unicamp.br	

Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Instituição: Universidade Estadual de Campinas – Faculdade de Ciências Médicas (FCM) - Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa (LPCQ)

Pesquisa: *SENTIDOS DOS MANEJOS DESENVOLVIDOS FRENTE A PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE PERSONALIDADE BORDERLINE RELATADOS POR EQUIPE DE SAÚDE MENTAL EM AMBULATÓRIO PSIQUIÁTRICO UNIVERSITÁRIO ESPECIALIZADO: UM ESTUDO QUALITATIVO*

Pesquisador: Diego Alexandre Rozendo da Silva

Responsável: Prof. Egberto Ribeiro Turato – orientador da pesquisa

Contatos: (Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria / FCM / Unicamp) – (19) 3521-7206. (Pesquisador) – (44) 9866-7676

Número do CAAE: 45881014.8.0000.5404

Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

Justificativa e objetivos:

Objetivamos discutir os significados e as vivências na relação entre profissionais médicos e de enfermagem no manejo de paciente com transtorno de personalidade borderline em atendimento psiquiátrico ambulatorial.

Analisaremos os fenômenos experienciados pelos profissionais acerca de possíveis facilitações e/ou barreiras terapêuticas;

Avaliaremos possíveis diferenças de caracterização das vivências descritas pela equipe de saúde mental

Trata-se de compreender criticamente os fenômenos humanos em sua existência complexa em enquadres clínicos, onde são prestados cuidados médicos e de enfermagem à paciente diagnosticado com transtorno de personalidade borderline, tais relações clínico-assistenciais produzem significados que acabam por nos desvelar inter-relações psicológicas, sociais, culturais e ambientais, importantes para o manejo terapêutico;

Justifica-se por ser um tema de restrita abordagem na literatura, apesar de sua importância: existe grande valorização de ensaios clínicos com relação

aos medicamentos e modelos psicoterápicos, porém, poucas vezes são abordados os significados ou sentidos desta relação terapêutica em *setting* clínico.

Procedimentos:

Participando do estudo você está sendo convidado a: participar de uma entrevista que poderá durar cerca de 01 (uma) hora e, se necessário, uma segunda entrevista de complementação. Na entrevista, você será convidado a falar sobre questões propostas pelo entrevistador para os objetivos deste estudo serem alcançados. Os registros (gravações, anotações) feitos durante a entrevista ficarão em sigilo, não sendo divulgados nem aos profissionais de saúde que atendem neste local. Porém, alguns trechos dos relatos serão estudados, em reunião fechada, por pesquisadores do grupo acima citado que estuda diversas condições emocionais e sociais das pessoas frente a problemas de saúde. No entanto, não será revelada no grupo a sua identidade de informante. Esclarecemos que o relatório final, com citações anônimas, estará disponível a todos, quando o estudo for concluído, incluindo apresentação em congressos e publicação em revistas científicas.

Desconfortos e riscos:

Estou ciente de que existem riscos mínimos previstos para minha saúde, que sejam resultantes da participação nesta pesquisa entrevista, poderei ter algumas recordações ou emoções, que talvez eu preferisse não lembrar ou sentir.

Estou ciente de que sou livre para recusar a dar alguma resposta a certas questões durante as entrevistas, bem como para retirar meu consentimento e terminar minha participação, a qualquer momento, sem que isso represente prejuízo aos atendimentos e tratamentos que recebo.

Benefícios:

Estou ciente que poderá não haver benefícios diretos ou imediatos para você, enquanto entrevistado deste estudo, além evidentemente da oportunidade de poder falar livremente de sua vida, das satisfações e preocupações. No entanto, futuramente poderá haver mudanças na melhora aos cuidados prestados aos doentes e à população, quando os profissionais de saúde tomarem conhecimento das conclusões deste trabalho.

Sigilo e privacidade:

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

Estou ciente de que as gravações ficarão em posse deste pesquisador para prosseguimento do estudo e também disponíveis a mim se eu quiser ouvi-las. As mesmas serão apagadas ao final de cinco anos. Sei que os resultados do estudo serão divulgados, considerando o conjunto das informações dadas por várias pessoas entrevistadas, sem que meu nome ou de nenhum outro participante apareça associado à pesquisa.

Estou ciente de que um técnico poderá fazer a transcrição das falas para texto de computador e que colegas de nosso grupo de pesquisa poderão conhecer o conteúdo para discussão, mas todas estas pessoas estarão submetidas às normas do sigilo profissional.

Estou ciente de que receberei uma cópia deste termo por mim assinado, na íntegra, e que outra cópia será arquivada pelo pesquisador.

Ressarcimento:

Estou ciente que a entrevista será realizada no meu local de trabalho (ambulatório de psiquiatria), de modo a não causar transtornos nem gastos com transporte e alimentação, não será necessário nenhum tipo de ressarcimento. A escolha do dia e horário será feita de maneira a não alterar ou prejudicar sua rotina, nem suas atividades.

Contato:

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com os pesquisadores Diego Alexandre Rozendo da Silva, Rua Tessália Vieira de Camargo, 126 – Cidade Universitária Zeferino Vaz. Telefone: (019)3521-7206. Celular (44) 9866-7676 Email: diegosilva.alexandre@gmail.com.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP das 08:30hs às 13:30hs e das 13:00hs às 17:00hs na Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936; fax (19) 3521-7187; e-mail: cep@fcm.unicamp.br

Consentimento livre e esclarecido:

Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome do(a) participante:

_____ Data: ____/____/____.
(Assinatura do participante)

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa

exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

_____ Data: ____/____/____.
(Assinatura do pesquisador)

Anexo 3 – Ficha de Caracterização e Roteiro de Entrevista

Entrevista Nº: _____

Data da Entrevista: _____

Iniciais: _____

Residente de Psiquiatria: () R1 ou () R2

Supervisor de Psiquiatria ()

Tempo de Experiência Profissional _____ anos

Outros dados: _____

1. Conte-me sobre o que significa para você exercer psiquiatria?
2. Conte-me um pouco sobre **como você maneja pacientes com TPB.**
3. Conte-me **como você se sente ao discutir com seu supervisor/supervisionando os casos de pacientes com TPB.**
4. Conte-me um pouco sobre **o que a relação com pacientes com TPB provoca em você? Quais sentimentos você experimenta?**
5. Conte-me **alguma experiência vivenciada** por você com pacientes com TPB.
6. Como as vivências com pacientes com TPB podem **influenciar sua prática profissional?**
7. Você gostaria de relatar **mais alguma coisa?**

Anotações do Entrevistador: _____

Anexo 4 - Comprovantes de Aprovação/Apresentações em Congressos Internacionais

De: abstracts@kenes.com

Enviada: Segunda-feira, 27 de Novembro de 2017 13:55

Para: erturato@uol.com.br; diegosilva.alexandre@gmail.com

Assunto: EPA 2018 - E-Poster Viewing Abstract Notification

26th European Congress of Psychiatry (EPA 2018), Nice, France 3-6 March 2018

We thank you for your interest in the forthcoming 26th European Congress of Psychiatry (EPA 2018), organised in Nice, France on 3-6 March 2018.

On behalf of the Scientific Programme Committee (SPC), we are pleased to inform you that your abstract has been accepted as an e-Poster at the EPA 2018. It will be available for viewing **throughout the entire Congress** on stations throughout the Congress centre.

Abstract Number: EPA18-1716

Abstract Title: Borderline Personality Disorder - Sometimes 'Sickness' and 'Illness' exist where no 'Disease' can be found: conceptual reflections from a Brazilian field research

E-Poster presentations do not require printing or production of materials, as the e-Poster will be presented electronically and not on regular boards.

Instructions on how to prepare e-posters may be found [here](#) on the EPA 2018 Congress website.

CONFIRMATION OF ATTENDANCE AND REGISTRATION TO THE CONGRESS

The presenting author must confirm his/her attendance and register for the Congress.

If you have not already registered and paid your registration fees you are requested to do so online via the link: [Registration](#)

Only abstracts of participants who have registered and paid their registration fees by 17 January 2018 will be published in the Congress Final Programme, mobile application and in an electronic supplement of *European Psychiatry*, the official Journal of the European Psychiatric Association published by Elsevier.

FURTHER INFORMATION

Poster Certificates: Certificates will be automatically and electronically sent to all Presenting Authors who have uploaded their e-Posters 8 working days after the congress.

For technical questions regarding your abstract submission please contact scarmeli@kenes.com.

For all other queries, please contact the Congress Secretariat at epa@kenes.com.

We do hope that you will be joining us in Nice for what promises to be a very lively and engaging Congress.

De: abstracts@kenes.com

Enviada: Segunda-feira, 27 de Novembro de 2017 13:55

Para: erturato@uol.com.br; diegosilva.alexandre@gmail.com

Assunto: EPA 2018 - E-Poster Viewing Abstract Notification

26th European Congress of Psychiatry (EPA 2018), Nice, France 3-6 March 2018

Dear Prof Dr Egberto Turato,

We thank you for your interest in the forthcoming 26th European Congress of Psychiatry (EPA 2018), organised in Nice, France on 3-6 March 2018.

On behalf of the Scientific Programme Committee (SPC), we are pleased to inform you that your abstract has been accepted as an e-Poster at the EPA 2018. It will be available for viewing **throughout the entire Congress** on stations throughout the Congress centre.

Abstract Number: EPA18-1718 E-Poster Viewing Abstract Notification

Abstract Title: Outpatient clinical management for patients with Borderline Personality Disorder: A qualitative report on professional experiences of Brazilian residents in psychiatry

E-Poster presentations do not require printing or production of materials, as the e-Poster will be presented electronically and not on regular boards.

Instructions on how to prepare e-posters may be found [here](#) on the EPA 2018 Congress website.

CONFIRMATION OF ATTENDANCE AND REGISTRATION TO THE CONGRESS

The presenting author must confirm his/her attendance and register for the Congress.

If you have not already registered and paid your registration fees you are requested to do so online via the link: [Registration](#)

Only abstracts of participants who have registered and paid their registration fees by 17 January 2018 will be published in the Congress Final Programme, mobile application and in an electronic supplement of *European Psychiatry*, the official Journal of the European Psychiatric Association published by Elsevier.

Please do visit the congress website regularly for any updates or changes to the Scientific Programme.

FURTHER INFORMATION

Poster Certificates: Certificates will be automatically and electronically sent to all Presenting Authors who have uploaded their e-Posters 8 working days after the congress.

For technical questions regarding your abstract submission please contact scarmeli@kenes.com.

For all other queries, please contact the Congress Secretariat at epa@kenes.com

Anexo 5 - Comprovantes de Submissão de Artigo – Paper I

Jornal Brasileiro de Psiquiatria - Manuscript ID JBPSIQ-2018-0038

Caixa de entrada x



Andréa Borges <onbehalf@manuscriptcentral.com>
para eu, almeidabastos.rodrigo, erturato

qua, 8 de ago 16:50



inglês > português Traduzir mensagem

Desativar para: inglês x

08-Aug-2018

Dear Dr. Silva:

Your manuscript entitled "Borderline Personality Disorder: "Sometimes sickness and illness exist where no disease can be found."" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in the Jornal Brasileiro de Psiquiatria.

Your manuscript ID is JBPSIQ-2018-0038.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to ScholarOne Manuscripts at <https://mc04.manuscriptcentral.com/jbpsiq-scielo> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <https://mc04.manuscriptcentral.com/jbpsiq-scielo>.

Thank you for submitting your manuscript to the Jornal Brasileiro de Psiquiatria.

Sincerely,

Jornal Brasileiro de Psiquiatria Editorial Office